

**FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD PERINATAL, EN LA
COMUNIDAD NASA DEL MUNICIPIO DE TORIBIO NORTE DEL
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
2008 - 2009**

**MONICA EULALIA CARABALI
AMPARO VALENCIA LEMUS
GLORIA AMPARO YONDA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
POPAYAN
2010**

**FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD PERINATAL, EN LA
COMUNIDAD NASA DEL MUNICIPIO DE TORIBIO NORTE DEL
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
2008 - 2009**

TRABAJO DE INVESTIGACION

**MONICA EULALIA CARABALI
AMPARO VALENCIA LEMUS
GLORIA AMPARO YONDA**

**Investigadora principal:
SANDRA FELISA MUÑOZ
Enfermera Magister en Materno Infantil
Especialista en Perinatología y Epidemiología**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
POPAYAN
2010**

DEDICATORIAS

MONICA

Primero quiero dar gracias a Dios por fortalecerme y haberme permitido que lograra este sueño tan anhelado.

Dedico este triunfo de varios años de esfuerzo y trabajo a mi esposo y familiares que de un u otro modo se convirtieron en ese aliento espiritual y anímico que me sirvió de estímulo para salir adelante, aun en esos instantes en que incluso parecía que iba a desfallecer.

A mis hijos Daniel y Alejandro que fueron testigo de mis noches de penumbra y además se sacrificaron para tener la mamá que querían tener. A mis profesores que me ofrecieron su apoyo para poder alcanzar los objetivos trazados.

AMPARO

A mi Señor, Jesús, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A mi esposo, Alexander, quien me brindó su amor, cariño, comprensión, su apoyo constante, paciente espera para mis esfuerzos de superación profesional, son evidencia de su gran amor. ¡Gracias!

A mis hijos: Daniel Felipe y Juan Manuel quienes me prestaron el tiempo que les pertenecía para terminar y me motivaron siempre a alcanzar mi meta. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

A mis Padres: Iliá María y Nicolás por su amor y cariño incondicional.

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo: Orlando, Floralba Mery, Yady, Ligia su apoyo fue importante para hacer realidad este sueño.

GLORIA

Dedico la presente tesis a los seres que más amo en este mundo: mis padres, mi esposo, Jair Y mis hijos, Erika, Lisbeth y Yahir, por ser la fuente de mi inspiración y motivación para superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

FAMILIA, hijos, esposos, padres y hermanos por su permanente apoyo y su entrega desinteresada en pro de la culminación de este trabajo.

SANDRA FELISA MUÑOZ, Enfermera Magister en Materno Infantil, Especialista en Perinatología y Epidemiología por sus aportes.

IPSI ACIN, compañeros de trabajo por su apoyo importante para la culminación de este trabajo.

CABILDO INDIGENA DE TORIBIO, TACUEYO Y SAN FRANCISCO, por su apoyo para la culminación de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
RESUMEN	14
INTRODUCCION	
1. MARCO REFERENCIAL	22
1.1. CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA	22
1.2. REFERENTE SOCIAL Y POLITICO DE LA MORTALIDAD PERINATAL	30
1.3. MARCO CONCEPTUAL SOBRE MORTALIDAD PERINATAL	32
1.3.1 Sistema de Salud Colombiano	32
1.3.2 Salud Sexual Reproductiva	35
1.3.3 Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva	36
1.3.4 Indicadores de Salud Perinatal	38
1.3.5 Riesgo Reproductivo	41
1.3.6 Factores de Riesgo Perinatal	42
1.3.7 Causas y Riesgos en la Gestación	43
1.3.8 La Detección del Embarazo de Alto Riesgo	44
1.3.9 Determinantes Sociales	45
1.3.10 Los Desafíos del Departamento del Cauca frente a los ODM	48
2. MARCO CONCEPTUAL	51
2.1 GENERALIDADES DE LA COMUNIDAD NASA.	51
2.2 CONTEXTO DEL PUEBLO NASA	51
2.3 MARCO CONTEXTUAL	52
2.4 CONCEPCION DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDIGENAS	55
2.5 EMBARAZO DESDE LA COSMOVISION DE LA COMUNIDAD INDIGENA NASA	56
2.6 MEDICINA INDIGENA	57

2.6.1	Las Parteras	57
2.7	BARRERAS CULTURALES	58
2.8	CONTROL PRENATAL NASA	58
3	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	59
3.1	TIPO DE ESTUDIO	59
3.2	POBLACION	59
3.3	MUESTRA	59
3.4	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	59
3.4.1	Criterios de Inclusión	59
3.4.2	Criterios de Exclusión	60
3.5	TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	60
3.5.1	Defunción Perinatal	60
3.6	RECOLECCION DE LA INFORMACION	60
3.7	PLAN DE TABULACION	61
3.7.1	Análisis de la Información	61
4	RESULTADOS	62
4.1	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL DEL MUNICIPIO DE TORIBIO CAUCA 2008 Y PRIMER SEMESTRE DE 2009	62
4.2	FACTORES SOCIALES	63
4.2.1	Edad Materna	63
4.2.2	Estado Civil	63
4.2.3	Horas Dedicadas al Trabajo	65
4.2.4	Tamaño y Composición de la Familia	65
4.2.5	Tipo de Vinculación al SGSSS	66
4.2.6	Composición Material de la Vivienda y Servicios Públicos	66
4.2.7	Servicio de Transporte	67
4.2.8	Recursos de Salud	67
4.3	FACTORES BIOLÓGICOS	68
4.3.1	Características Maternas	68

4.3.2 Edad Gestacional en Semanas	69
4.3.3 Periodo Intergenésico	70
4.3.4 Proceso del Parto	73
4.4 FACTORES CULTURALES	79
4.5 CONOCIMIENTO DE LAS DEMORAS TIPO I SEÑALES DE PELIGRO EN LA GESTACION	81
5 DISCUSION	87
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES	95
BIBLIOGRAFIA	96
ANEXOS	101

LISTA DE FIGURAS

	Pág
FIGURA 1. Mapa de ubicación de Pueblo Nasa en Departamento del Cauca.	52
FIGURA 2. Mapa ubicación Municipio de Toribio en Departamento del Cauca	53

LISTA DE GRAFICOS

	Pág
GRAFICO 1. Distribución porcentual de muertes perinatales según servicios públicos. Toribio 2008 y primer semestre 2009.	67
GRAFICO 2. Distribución porcentual de muertes perinatales según complicaciones obstetricias anteriores.	69
GRAFICO 3. Distribución del lugar de atención del parto según edad materna.	73
GRAFICO 4. Distribución del lugar y atención del parto.	74
GRAFICO 5. Distribución porcentual según realización de control prenatal y atención del parto.	75
GRAFICO 6. Distribución porcentual de la causa directa de la muerte perinatal.	78
GRAFICO 7. Distribución porcentual de la práctica de ritualidad en el embarazo de las mujeres que tuvieron muerte perinatal.	80
GRAFICO 8. Reconocimiento del Problema según Escolaridad.	82

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Mortalidad Perinatal en Suramérica.	24
TABLA 2. Mortalidad Perinatal en Colombia.	28
TABLA 3. Distribución porcentual de muertes perinatales según procedencia. Toribio 2008 y primer semestre 2009.	63
TABLA 4. Distribución porcentual de muertes perinatales según nivel de escolaridad, en la comunidad NASA. Toribio 2008, primer semestre 2009.	64
TABLA 5. Distribución porcentual de muertes perinatales según ocupación.	65
TABLA 6. Distribución porcentual de muertes perinatales según antecedentes obstétricos: Gravidéz.	68
TABLA 7. Distribución porcentual de muertes perinatales según complicaciones perinatales.	70
TABLA 8. Antecedentes patológicos durante la gestación.	71
TABLA 9. Distribución porcentual según controles prenatales realizados.	72
TABLA 10. Distribución porcentual de las semanas gestacionales en que se inició el control prenatal. Distribución porcentual de muertes perinatales según ocupación.	72
TABLA 11. Distribución porcentual del momento en que ocurre la muerte perinatal en relación al lugar donde ocurre la defunción.	76
TABLA 12. Distribución porcentual de la relación peso edad gestacional según el tipo de mortalidad.	77
TABLA 13. Distribución porcentual de la edad gestacional.	77

TABLA 14.	Distribución porcentual de la causa básica de la muerte perinatal.	78
TABLA 15.	Posición en la que la mujer Nasa le gusta tener a sus hijos.	79
TABLA 16.	Distribución porcentual de los temores de la mujer Nasa cuando está Embarazada.	80
TABLA 17.	Distribución porcentual del desconocimiento de los factores de riesgo y/o signos de alarma por parte de la gestante y su familia.	81
TABLA 18.	Distribución porcentual del momento en que las mujeres Nasa les brindaron información sobre los factores de riesgo y signos de alarma.	82
TABLA 19.	Dificultades que se le presentaron a las mujeres Nasa para acudir al sitio de atención.	83
TABLA 20.	Distribución de la frecuencia ha tenido experiencias negativas cuando ha solicitado servicio de salud.	84
TABLA 21.	Distribución porcentual del acceso a la atención.	84

LISTA DE ANEXOS

	Pág
ANEXO A. Variables de Estudio.	101
ANEXO B. Cuestionario Estructurado.	109
ANEXO C. Consentimiento informado para participantes de la investigación.	119
ANEXO D. Autorización para acceder a la Historia Clínica.	121
ANEXO E. Propuesta Programa Mujer Dadora de Vida Municipio de Toribio	122
ANEXO F. Autorización del cabildo Indígena de Tacueyo.	125
ANEXO G. Aval del cabildo de la Salud del proyecto Nasa..	126

RESUMEN

La mortalidad perinatal es un grave problema de salud en el municipio de Toribio Cauca donde la mayoría de las gestantes que tuvieron muerte perinatal viven en el área rural.

Este estudio tuvo como objetivo general analizar los factores asociados a la mortalidad perinatal en la comunidad NASA del municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre de 2009 y su propósito era facilitar procesos de empoderamiento que permitieran promover políticas y estrategias de mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad NASA de Toribio Cauca.

Para este propósito, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de mortalidad perinatal ocurrido en mujeres residentes de la comunidad NASA del municipio de Toribio Cauca en el 2008 y primer semestre del 2009 que incluyó a 21 mujeres que presentaron muerte perinatal, según los criterios de inclusión se tuvo en cuenta 19 mujeres del municipio de Toribio las cuales habían perdido a sus hijos entre la semana 28 de gestación y los siete días completos después del nacimiento o mayor de 1000 gramos de peso ocurrida durante el 2008 y primer semestre del 2009.

Los datos se obtuvieron mediante cuestionario estructurado sobre los factores asociados a la mortalidad perinatal, certificado de defunción, Historia clínica, entrevista abierta a madres, familiares y personal de salud, para los Indicadores de salud: Registros del DANE del municipio de Toribio.

La investigación se realizó en cuatro fases:

- **I Fase:** Solicitud de permiso a las entidades de salud, entes municipales y comunidad para la recolección de la información.
- **II Fase:** Exploración de los registros de defunciones perinatales ocurridas en el 2008 -2009 en el municipio de Toribio.
- **III Fase:** Revisión y análisis de historias clínicas, reportes de defunciones y visitas domiciliarias realizadas, en el municipio de Toribio.
- **IV Fase:** Aplicación del cuestionario estructurado y abierto, previa prueba piloto.

La tasa de mortalidad perinatal se dedujo del número de muertes perinatales entre 28 semanas de gestación y los siete días completos después del nacimiento.

Las variables cualitativas: sociales, biológicas y culturales obtenidas en el estudio fueron descritas mediante distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas (porcentajes), medidas de tendencia central y para obtener la dispersión de los datos se empleó la desviación Standard.

La tabulación de los datos se desarrolló en el paquete estadístico Epi- Info.

La investigación arrojó que : El municipio de Toribio Cauca, hay tasas de mortalidad perinatal altas, para el año 2006 fue de 5.9, por 100 Nacidos Vivos(NV); en el año 2007 de 6 x 100 NV y en el año 2008 de 7.6 x 100 NV, mientras que para el año 2009 descendió a 2.7 muertes perinatales teniendo en cuenta que para este año se operativizó el plan de choque materno y el Programa “Mujer Dadora de Vida” con la participación de las autoridades tradicionales, las 2 IPS, familia y sabedores ancestrales.

Al analizar las variables de las muertes perinatales reportadas en el año 2008, se identificó que las mujeres que tuvieron muertes perinatales se encontraban

entre los 15 y 40 años de edad pertenecientes al resguardo de Toribio en un 42%.

Las complicaciones del embarazo y el parto asociados con mortalidad de mayor significación estadística fueron el 47% (9) no refiere haber tenido complicaciones perinatales, el 31,60% (6) desconocen si las hubo y el 21% (4) restante, manifestaron haber tenido recién nacidos de alto o bajo peso, Del total de mujeres, 17 presentaron complicaciones obstetricas como: Infección urinaria 47% (9), rotura de membranas 16% (3), amenaza de parto pretérmino 12% (2), ganancia de peso inadecuada 12% (2) y hemorragia vaginal 5% (1).

Solo 2% (2) de las mujeres no presentaron ningún factor de riesgo, debe resaltarse que la comunidad indígena no solo aceptan los controles prenatales realizados por la medicina facultativa, también considera importante los controles culturales de salud por la partera y el Thewala que son también significativos para lograr su armonía. Los controles aquí especificados corresponden a los controles realizados por la medicina facultativa, tomando como factor de riesgo, el sitio de atención, se observa como el 68%(14) fue atendido por personas externas al equipo de salud un 32%,(6) fue atendido por un familiar, el 27%(4) fue atendido por el médico, seguida la partera y sola en un 21%, 68%(14) de las mujeres que presentaron muerte perinatal fueron atendidas en la casa y solo un 32% (6) las atendieron en una institución de salud por presentar un factor de riesgo. En relación a las causas básicas de la muerte perinatal el estudio muestra que el 58% (11) fue por asfixia, el 21%(4) por SDR, el 16%(3) por causa desconocida y el 5%(1) por bajo peso.

Se evidencio que las mujeres Nasa conservan sus ritos entorno a los cuidados del embarazo encontrándose que el 58%(11) le gusta tener sus hijos agarrada del chumbe, el 16%(3) arrodillada, el 11%(2) en el suelo, el 15% (3) acostada, en cuanto a los temores que enfrenta un 58 % (11) le teme al Arco, el 16% a

los eclipses y otro 16% manifestó no tener ningún temor, un 5% a cargar pesado y 5% al arco y a los eclipses, con respecto a la realización de rituales, se encontró que el 53% manifestaron no haber realizado ningún ritual y el 47% hizo rituales.

Se observó que el grado de escolaridad tiene relación con los conocimientos sobre los factores de riesgo y/o signos de alarma por parte de la gestante y su familia ya que de las 19 mujeres solo 1 mujer terminó la secundaria situación que incide en el conocimiento de la importancia del embarazo el 31.5% (6) de las mujeres manifestaron conocer las señales de peligro en el embarazo y el 68.5 % (13) las desconocían.

INTRODUCCION

Las tasas de mortalidad perinatal representan el indicador más importante del estado de salud y de los sistemas de salud de los países¹ En 1996, la Organización Mundial de la Salud estimó que ocurrieron más de 7,6 Millones de muertes perinatales en todo el mundo.²

El centro de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)³ presenta la estadística de la mortalidad perinatal en la Región de las Américas, donde la tasa de mortalidad perinatal promedio de Canadá y Estados Unidos es de 7/1000 nacidos vivos, mientras que en Sudamérica es de 21/1000 nacidos vivos, en Centroamérica de 35/1000 nacidos vivos, en el Caribe no latino de 34/1000 nacidos vivos y en el Caribe latino de 53/1000 nacidos vivos. Cifras directamente relacionadas con el grado de desarrollo económico, social y sanitario de esas regiones. Cuba, país líder en Latino América en múltiples indicadores de salud tiene una tasa de mortalidad perinatal de 12,6/1000 nacidos vivos.

En 1990, Colombia perdió 5,5 millones de años de vida saludable por causa de las muertes prematuras y de las incapacidades por enfermedad. La carga de enfermedad se distribuyó así: 22% causado por enfermedades transmisibles, maternas y perinatales.⁴ En general, los Indicadores demográficos muestran

¹ Fabre E, Gonzales de Aquero R, de Agustin JL . Perinatal mortality in term and post term births. JPerinat Med 1996; 24 (2) : 163-9

². World Health Organization. Perinatal mortality: A listing of available information. Family and reproductive health. Geneva, Switzerland: Motherhood WHO; 1996

³ Revista chilena de obstetricia y ginecología. ISSN 0717-7526 *versión on-line*. **Rev. chil. obstet. ginecol.** v.70 n.5 Santiago 2005.

⁴ Sistema de naciones unidas. Colombia: Descubriendo los Derechos para construir la Nación

mejorías continuas en los períodos 1970–1975 a 1990–1995, sin embargo, las mejoras de los indicadores nacionales en su conjunto ocultan las grandes diferencias que subsisten entre las regiones, entre las zonas urbanas y rurales y entre los estratos sociales.⁽⁵⁾ En el Municipio de Toribio en los últimos 5 años se han presentado 67 casos de muerte perinatal, a pesar de los múltiples esfuerzos que han hecho las diferentes instituciones prestadoras del servicio de salud, alcaldía municipal y autoridades tradicionales no han sido suficientes para reducir esta problemática.

La mortalidad perinatal en las comunidades vulnerables son la resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relacionan con aspectos socioeconómicos, culturales, legislativos y políticos entre otros. La mayoría de niños que mueren por eventos asociados con el parto, posparto y puerperio son hijos de mujeres pobres, que viven en comunidades rurales dispersas, con vías de comunicación precarias y una alta influencia cultural que en algunas ocasiones no permite el traslado a centros de mayor referencia a la madre durante el parto.

La comunidad indígena Nasa, el embarazo es considerado un evento natural, influenciado por creencias culturales como maleficios, amarros, espíritus como el arco, fenómenos naturales como el eclipse, enfermedades occidentales expresados en alteraciones y/o complicaciones que conllevan a casos de aborto espontáneo, partos prematuros, partos complicados y en situaciones extremas culminar en la muerte materna y/o muerte perinatal. Muchas de las muertes en la región indígena de Toribio ocurren en el periodo intraparto y son perinatos con gestaciones a término, donde la falta de una atención oportuna

⁵ Visión del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Situación del País. y sobre las Posibilidades de Cooperación con su Bienestar. Circulación Interna Restringida. Marzo de 1999

ocasiona el fallecimiento que en otra situación hubieran nacido en óptimas condiciones de salud.

En los países con población en alta exclusión social los indicadores de salud, muestran brechas de la población asociados a factores culturales, especialmente a la discriminación étnica presente en los servicios públicos de salud y a la falta de reconocimiento y tolerancia de sus prácticas tradicionales para conservarla. Para conocer la contribución de los servicios de salud al mejoramiento del nivel sanitario de la población no solo es necesario analizar la cantidad, tipo de los recursos y la forma de gestión de los programas, sino también conocer su efecto real en el nivel de salud de la población, visibilizando las brechas de salud y controlando los factores condicionantes socioeconómicos y de capital social en búsqueda de estrategias que mejoren el nivel de vida de la población indígena y se busquen condiciones que favorezcan la comunicación intercultural y el respeto sobre bases negociadas que beneficien la salud materna y perinatal.

Los pueblos indígenas del departamento del Cauca, aún no disfrutan de una situación social y económica propicia para el lograr un mejor desarrollo humano. Factores como la falta de tierra y estrechos del territorio, el conflicto armado, desplazamiento forzado, falta de respeto a sus decisiones y participación cultural en salud, los han mantenido marginados y han vulnerado su dignidad constituyéndose en un condicionante de muerte materna y perinatal. Otro factor que ha contribuido a incrementar las muertes son los temores de las mujeres y en general del colectivo Nasa, de nacer en otros territorios alejados de sus ritos y familia, no autorizando sus desplazamientos o haciéndolo cuando ya es demasiado tarde.

El presente estudio busca conocer los factores sociales, culturales, biológicos y contribuyentes en la mortalidad perinatal en la familia NASA, en búsqueda de

acercamientos interculturales del municipio de Toribio, que faciliten procesos de empoderamiento que permitan promover políticas y estrategias de mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad NASA y favorezcan la disminución de las altas tasas de mortalidad en los perinatos de Toribio Cauca. Por ello se planteó la siguiente pregunta.

Cuáles son los factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad NASA del Municipio de Toribio Cauca año 2008 y primer semestre de 2009?

Como objetivo general se propuso analizar los factores asociados a la mortalidad perinatal en la comunidad NASA del municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre de 2009.

Los objetivos específicos programados son los siguientes:

- Calcular las tasa de incidencia de mortalidad perinatal y mortalidad neonatal municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre de 2009.
- Determinar los factores biológicos, sociales y culturales asociados a la mortalidad perinatal en la comunidad NASA del municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre de 2009.
- Determinar los factores contribuyentes a la mortalidad perinatal en el municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre de 2009.

Se planteó el siguiente propósito:

Facilitar procesos de empoderamiento que permitan promover políticas y estrategias de mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad NASA de Toribio Cauca.

1. MARCO REFERENCIAL

La mortalidad perinatal se acepta como indicador que señala eficiencia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, se expresa mediante tasas⁶⁷ y es un reflejo del desarrollo socioeconómico de un país (sistema educativo, social, nutricional, de salud pública atención al parto, neonatología) La tasa de mortalidad perinatal es un indicador que resume el riesgo de morir del feto y recién nacido y son considerados indicadores universales tanto de condiciones de vida, como de la calidad y acceso a los servicios de salud. Una muerte perinatal es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación. El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud.

1.1. CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA

PANORAMA MUNDIAL

En 1996, la Organización Mundial de la Salud estimó que se producían más de 7,6 millones de muertes perinatales en todo el mundo ⁸de los cuales el 57% son fetales. Durante las últimas tres décadas el número de niños que mueren durante el primer año de vida ha disminuido de manera sustancial en la mayoría de los países, sin embargo, la tasa de mortalidad perinatal ha

⁶ Centro Latinoamericano de Perinatología. Incidencia de bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en América Latina. Salud Perinatal. 1983;1:3-6.

⁷Waalder H, Sterky G. ¿Cuál es el mejor indicador de la atención de salud? Foro Mundial de la Salud. 1984;5:318-321

⁸World Health Organization. Perinatal mortality: A listing of available information. Family and reproductive health. Geneva, Switzerland: Motherhood WHO; 1996

permanecido prácticamente sin cambios⁹. Al igual que las muertes maternas, la mortalidad perinatal ocurre en un 98 % en países en vías de desarrollo, con una tasa cercana a 57 por mil nacidos vivos, en comparación con 11 por mil nacidos para los países industrializados.¹⁰

El Centro de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)¹¹ nos presenta en su página web, la estadística de la mortalidad perinatal en la Región de las Américas, actualizada a octubre de 2003. En ella podemos observar las enormes diferencias que se establecen entre los países desarrollados y en desarrollo de la Región.

Es así que la tasa de mortalidad perinatal promedio de Canadá y Estados Unidos de Norteamérica es de 7/1000 nacidos vivos, mientras que en Sudamérica es de 21/1000 nacidos vivos, en Centroamérica de 35/1000 nacidos vivos, en el Caribe no latino de 34/1000 nacidos vivos y en el Caribe latino de 53/1000 nacidos vivos. Cifras directamente relacionadas con el grado de desarrollo económico, social y sanitario de esas regiones.

En la tabla 1 se presenta el indicador analizado correspondiente a los países sudamericanos, proporcionado por la misma fuente. Cuba, país líder en Latino América en múltiples indicadores de salud tiene una tasa de mortalidad perinatal de 12,6/1000 nacidos vivos.

⁹Wise PH. The anatomy of a disparity in infant mortality. *Ann Rev Public Health*. 2003;24:341-362.

¹⁰ Safe Motherhood, World Health Organization, World Bank. *Health around the world*. Geneva, Switzerland; Motherhood WHO; 1997.

¹¹ Donoso E, Donoso A, Villarroel L. Mortalidad perinatal e infantil y el bajo peso al nacer en Chile y Cuba en el período 1991-2001. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(3): 203-208.

Tabla 1. Mortalidad Perinatal en Suramérica

<i>Países</i>	<i>Mortalidad perinatal (x 1000 nacidos vivos)</i>	
	<i>Tasa</i>	<i>n</i>
Argentina	16,3	11.194
Bolivia	55,0	14.030
Brasil	22,5	78.093
Chile	8,8	2.512
Colombia	24,0	23.357
Ecuador	45,0	13.266
Paraguay	40,0	6.976
Perú	23,0	14.382
Uruguay	16,5	942
Venezuela	23,7	13.796

Fuente: www.clap.ops-oms.org

Chile presenta una mortalidad perinatal muy cercana a la de los países desarrollados de la Región, producto de las políticas de salud de los diferentes gobiernos para reducir las tasas de mortalidad dependientes del proceso reproductivo, implementando políticas preventivas como el control de la fecundidad, la amplia cobertura del control prenatal y de la atención profesional del parto, la alimentación suplementaria de la embarazada, la fortificación de las harinas con ácido fólico, y desde el 1º de julio de 2005¹² la garantía del tratamiento de las disrrafias espinales, el tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas y la prevención del parto prematuro y de sus complicaciones, que deberían reflejarse en el descenso de las tasas de mortalidad perinatal e infantil de los próximos años, y así también lograr disminuir las brechas de desigualdad de esos indicadores entre los diferentes

¹² Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Ley 19.996: Régimen general de garantías en salud. RevChilObstetGinecol 2005; 70(2): 119-29.

sectores sociales del país.¹³¹⁴ Chile, especialmente desde 1990 presenta una significativa reducción de las tasas de mortalidad fetal tardía ¹⁵ y neonatal precoz¹⁶ gracias a las políticas de salud reproductiva antes señaladas, sin recurrir a la legalización del aborto inducido, estrategia utilizada por los países desarrollados para el control de esos indicadores.

A nivel de América Latina y el Caribe según información publicada por la OPS-CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano), se observa que el área geográfica que presenta una mayor tasa de mortalidad perinatal es el Caribe Latino (52.8 por 1.000 nacidos vivos) conformado por Cuba (4.8%), Haití (70.8%), Puerto Rico (3.23%) y República Dominicana (21.0%). La tasa de mortalidad perinatal en la sub región de Sudamérica y México es de 21.4 por cada 1000 nacidos vivos.

Se observa una diferencia muy marcada entre Bolivia que presenta la tasa más alta 55 por 1000 nacidos vivos y Chile la más baja 8.8 por mil nacidos vivos.

En Latinoamérica, el área presenta una razón de 21,4 por 1.000 nacidos vivos. De forma similar a la razón de muerte materna, la razón de muerte perinatal presenta variaciones entre los países que reflejan su grado de desarrollo, acceso y calidad de los servicios de salud. De esta forma países como Chile y Cuba tienen las cifras más bajas de muerte perinatal y Bolivia y Ecuador

¹³ . Donoso E. Desigualdad en mortalidad perinatal entre las comunas de la Provincia de Santiago. RevChilObstetGinecol 2004; 69(2): 112-17.

¹⁴ Donoso E. Desigualdad en mortalidad infantil entre las comunas de la Provincia de Santiago. RevMédChil 2004; 132: 461-66.

¹⁵ Donoso E, Oyarzún E, Villarroel L. Mortalidad fetal tardía. Chile 1990-1996. Rev ChilObstetGinecol 1999; 64(1): 21-28.

¹⁶ 7. Donoso E, Villarroel L. Mortalidad neonatal precoz. Chile 1991-1997. Rev ChilObstetGinecol 1999; 64(4): 286-91.

presentan las razones más altas siendo superiores a 40 muertes por 1000 nacidos vivos.¹⁷

Dentro de las subregiones latinoamericanas, la región de Suramérica presenta una situación de mortalidad perinatal relativamente controlada en comparación de la región del caribe latino, que presenta una razón de 53 por 1.000 NV y la Centroamérica que aporta una razón de 35 muertes perinatales por 1.000 NV.¹⁸

COLOMBIA

La tasa de mortalidad perinatal en Colombia se mantuvo estable entre 1990 y 1996. A partir de 1998 se presentó un aumento probablemente relacionado con la modificación en el certificado de defunción en 1997, y cuyo objetivo fue mejorar las variables maternas y de clasificación de muertes perinatales que permitieran registrar adecuadamente las muertes maternas y perinatales.

El promedio de muertes perinatales en los últimos cinco años ha estado alrededor de 5.460, lo que representa tasas entre 4,5 y 5,2 por 1.000 nacidos vivos; para el 2004 el número de muertes perinatales reportadas fue de 5.496 con una tasa de 4,8 por 1.000 n.v.¹⁹

Estos datos a pesar de provenir de una fuente oficial distan mucho del dato de mortalidad perinatal que se maneja para Colombia en las estadísticas latinoamericanas que es alrededor de 24 muertes por 1000 NV.

¹⁷Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna e Infantil 2003).

¹⁸Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna e Infantil 2003).

¹⁹Cuevas L. Enfermedades de notificación obligatoria informe 2004, Colombia InfQuincEpidemiolNac 2005;10(8):113-28.

En Colombia no se conoce la incidencia exacta de la mortalidad perinatal, porque no se registra en forma rutinaria la muerte fetal tardía. En 1996, la razón de mortalidad infantil fue de 28 por 1.000 nacidos vivos, de la cual 8,2 corresponde a mortalidad neonatal temprana, 10,8 a neonatal tardía y 9 a mortalidad postnatal. A pesar del plan de reducción, en los últimos cinco años no se ha observado mejoría en los indicadores.²⁰

En los últimos años las estimaciones que se tienen de mortalidad perinatal, neonatal e infantil, provienen de diferentes fuentes, tales como los censos de población y registro de estadísticas vitales a cargo del DANE y las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS).

En el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) se incluyó la notificación semanal de muertes perinatales desde 1.996. Su inclusión no fue obligatoria, por lo tanto la concordancia con respecto a las estadísticas vitales del DANE, para el periodo 1997-1998 fue de 83.9%. En el año 2004 fueron notificadas por medio del SIVIGILA 5.496 muertes perinatales con la siguiente distribución por regiones:

²⁰Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de salud pública

TABLA 2. Mortalidad Perinatal en Colombia

Región	Número de muertes Perinatales	Porcentaje
Amazonia	110	2%
Orinoquia	275	5%
Costa Atlântica	1209	22%
Occidente	1704	31%
Centro - Oriente	2198	40%
Total	5496	100%

Fuente: Instituto Nacional Salud-SIVIGILA.2004

Dentro de la región centro-oriente el distrito de Bogotá aporta el 37% de las muertes, seguido del departamento de Santander y Boyacá, con un 15% cada uno. En la zona Occidente los departamentos de Antioquia y Nariño aportan cada uno el 25% y en la Región de la Costa Atlântica el departamento de Córdoba aportó el 32%¹⁴ de las muertes perinatales.

Según los resultados de las encuestas de demografía y salud, la mortalidad perinatal aumenta rápidamente con la disminución del nivel educativo de las madres, ya que entre las mujeres sin educación, los riesgos de tener un nacido muerto o una muerte neonatal es casi 5 veces mayor a la de las mujeres con educación universitaria.²¹ De acuerdo con la mortalidad fetal registrada por

²¹Profamilia. Encuesta de demografía y salud, 2000. Octubre de 2000. Pag. 101

DANE, para el periodo 1992 – 1997 se registraron en promedio 5943, de las que el 60% correspondieron a mayores de 21 semanas. Para el periodo 1998 – 2002 el promedio de muertes fetales fue de 16.296 lo que representó un incremento de casi tres veces frente al periodo anterior; para 2003 se registraron 17.872, en el 2004 se registraron 18.709 y las cifras preliminares de 2005 registran 22.666 muertes fetales lo que evidencia un claro aumento de las mismas, sin embargo aún se debe tener en cuenta el alto subregistro que presenta este evento, debido a la falta de notificación especialmente de la muertes fetales desde las instituciones prestadoras de servicios de salud y las ocurridas por fuera de las instituciones de salud.²²

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (EDNS) 2005 la tasa de mortalidad perinatal fue de 17 muertes por mil embarazos de 7 o más meses de gestación, con un número de muertes neonatales tempranas mayor que el número de mortinatos. Por esta fuente, comparando con la cifra obtenida en el año 2000, la tasa de mortalidad perinatal bajó de 24 a 17 por mil embarazos.

En donde se muestra que todas las regiones ha disminuido la mortalidad perinatal, principalmente en las regiones Oriental y Bogotá y los departamentos con las mayores tasas de mortalidad perinatal fueron: Chocó (37 por mil nacidos vivos), Magdalena (35 por mil nacidos vivos), Cesar (29 por mil nacidos vivos), Vichada (28 por mil nacidos vivos), Nariño y Amazonas (26 por mil nacidos vivos), Cauca y Guaviare (24 por mil nacidos vivos), Córdoba, Norte de Santander y la Guajira, 23 por mil nacidos vivos.

Según el Ministerio de Salud, las cinco primeras causas de mortalidad perinatal en el país son: Síndrome de dificultad respiratoria, afecciones respiratorias,

²²Protocolo de Vigilancia de la MORTALIDAD PERINATAL Primer semestre de 2007.
INS – Subdirección de Vigilancia y Control Página 3 de 35

Hipoxia y asfixia al nacer, trastornos digestivos, complicaciones de la placenta y el cordón.

Según información de la Secretaría Distrital de Salud, la tasa de mortalidad Perinatal en Bogotá ha permanecido relativamente estable en diez años, con tasas que pasaron de 17,52 a 14,23 por 1.000 nacidos vivos en 1989 y 1999 respectivamente.²³

La mortalidad perinatal para el municipio de Toribio en 1,998 según cifras de la sección de epidemiología de la dirección departamental de salud, fue de 7 casos para una tasa de mortalidad de 35.35 por 1000 NV y una tasa de mortalidad materna de 505.05 por 100.000 NV²⁴

1.2 REFERENTE SOCIAL Y POLÍTICA DE LA MORTALIDAD PERINATAL

La salud perinatal además de lo antes referido se entrelaza íntimamente con facetas culturales, genéticas, económicas y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre iniciada desde la pre concepción y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, las acciones factibles de ejecutar y mejor impacto que tenemos contra las tasas de mortalidad perinatal. Es por esto que los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición, control prenatal y parto²⁵²⁶.

²³Protocolo de Vigilancia de la MORTALIDAD PERINATAL Primer semestre de 2007. INS – Subdirección de Vigilancia y Control Página 1 de 35.

²⁴**Sivigilaseccion epidemiología dirección departamental de salud. 1998.**

²⁵Buekens P, Hernández P, Infante C. La atención prenatal en América Latina. Salud Pública Mex. 1990;32:673-684.

²⁶Lumbiganon P, Winiyakul N, ChongsomchaiCh, Chaisiri K. From research to practice: The example of antenatal care in Thailand. Bull WorldHealthOrgan. 2004;82:746-749.

En los países de menor desarrollo, las principales causas de enfermedad y de muerte son las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales, mientras en los países desarrollados, son las enfermedades no transmisibles propias de la vejez. En 1990, Colombia perdió 5,5 millones de años de vida saludable por causa de las muertes prematuras y de las incapacidades por enfermedad. La carga de enfermedad se distribuye así: 22% causado por enfermedades transmisibles, maternas y perinatales, 39% por no transmisibles y 39% producido por lesiones debidas a la violencia y los accidentes.²⁷

En general, los indicadores demográficos muestran mejorías continuas en los períodos 1970–1975 a 1990–1995, sin embargo, las mejoras de los indicadores nacionales en su conjunto ocultan las grandes diferencias que subsisten entre las regiones, entre las zonas urbanas y rurales y entre los estratos sociales.²⁸

En relación con la Política de Salud a partir de la Ley 100 de 1993 en donde se privilegia la atención materno-infantil se han expedido diversos actos legislativos que pretenden dar solución a los problemas más relevantes. El Ministerio de Salud, a través del Acuerdo 117 de 1998 y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y con la Resolución 412 de 2000 elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva. Estos documentos técnicos tienen como objetivo central garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población e impactar los problemas más relevantes en el tema (embarazo no planeado, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las muertes maternas y perinatales). Las normas técnicas establecen las acciones más costo-efectivas para realizarse en la población, de manera secuencial y sistemática.

²⁷ Sistema de naciones unidas. Colombia: Descubriendo los Derechos para construir la Nación Visión del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Situación del País. y sobre las Posibilidades de Cooperación con su Bienestar. Circulación Interna Restringida. Marzo de 1999.

²⁸Salud en las Américas 1998

Existe una norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, para la atención del parto (incluye la atención del puerperio) y para la detección de las alteraciones del embarazo. De igual manera, se diseñaron guías de atención para patologías de alta frecuencia y que causan importante carga social y económica en el país. Estas son propuestas de abordaje para la hipertensión inducida por el embarazo y las hemorragias asociadas al mismo, patologías que causan un alto número de muertes maternas. El MPS y el UNFPA realizaron un amplio proceso de difusión nacional de estos documentos técnicos en 2001.

Las condiciones para la prestación de los servicios obstétricos, la atención de complicaciones, el proceso de referencia y contrareferencia y el traslado de pacientes han sido reglamentadas a través del proceso de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Resolución 2309). Sin embargo, es claro que existen zonas del país en donde estas condiciones de seguridad y calidad no se tienen, lo cual conlleva riesgos para las mujeres que se atienden allí. Las IPS se han habilitado ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, quienes han realizado la verificación de la habilitación a los prestadores de servicios y concertado los planes de mejoramiento consecuentes. No obstante, se evidencia la necesidad de realizar seguimiento a estos procesos e iniciar una auditoría continua de la calidad enfocada en el mejoramiento de la atención prenatal y obstétrica, los mecanismos de referencia y contrarreferencia y el traslado de pacientes.

1.3 MARCO CONCEPTUAL SOBRE MORTALIDAD PERINATAL

1.3.1 Sistema de Salud Colombiano. El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, creado en 1993, tiene dos grandes conjuntos constitutivos, uno destinado a la preservación de la salud pública mediante acciones de carácter gratuito, masivo y plurisectorial, bajo responsabilidad principal de las alcaldías

municipales (denominado Plan de Atención Básica -PAB-), y otro orientado a la atención de la salud individual y la prestación de servicios, mediante el aseguramiento universal con derecho a un paquete básico de servicios (denominado Plan Obligatorio de Salud -POS-).

El desarrollo del área de Salud Pública alrededor del PAB no alcanza todavía sus objetivos. El reglamento inicial se estableció a finales de 1996, 3 años después de la reforma, el compromiso territorial (de gobiernos locales y comunidades) para ejecutarlo ha sido débil y se carece de un sistema de monitoreo oportuno de los diferentes elementos propios de la salud pública que permita a las autoridades departamentales y nacionales mejorar su orientación. Las dificultades de transición al nuevo sistema y la lentitud de implantación del nuevo modelo de prevención y promoción de base local se han traducido en el incumplimiento de metas, en el deterioro efectivo en aspectos básicos como inmunizaciones y mortalidad materna y en la reaparición de enfermedades infecciosas.

El municipio y su sistema local de salud están llamados a ser el eje central de la estrategia de salud pública, basada en la prevención y la promoción de la salud. Para esta consolidación de la estrategia local es necesario recuperar el tiempo perdido en la construcción de mecanismos comunitarios participativos y de veeduría ciudadana, pues éstos son la garantía de un desarrollo equitativo y transparente del sistema. Mediante estrategias como la de "Municipios Saludables por la Paz", instaurada en Colombia en 1996, puede buscarse un desarrollo integral en el nivel local que facilite la superación de la inequidad existente en educación, alimentación, ingresos, servicios básicos, vivienda y acceso a los servicios de salud.

Aseguramiento. El área de aseguramiento ha tenido mayor desarrollo que el de la salud pública. A finales de 1997, el Ministerio de Salud reportó que la

afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud alcanzaba al 51% de la población total del país (17% en el régimen subsidiado, 32% en el régimen contributivo y 2% en regímenes especiales). El 49% restante está compuesto por la población de bajos recursos que aún no ha sido afiliada al régimen subsidiado del Sistema (y que recibe el nombre de “vinculados”), y por la población con suficiente capacidad adquisitiva para afiliarse al régimen contributivo.

Los principales retos del Sistema de Seguridad Social en Salud son lograr el aseguramiento universal, (cuya obtención está atrasada frente al cronograma previsto), y mejorar la calidad de los servicios. Como es obvio, la universalidad comienza por resolver la inequidad de la oferta de servicios, superando la discriminación por los más pobres y más alejados de los centros urbanos. Los mayores obstáculos para avanzar satisfactoriamente en estos propósitos están relacionados con la dificultad para superar el sistema anterior, la complejidad e ineficiencia del financiamiento sectorial, las restricciones existentes para fortalecer la capacidad de atención de las instituciones de salud y mejorar las condiciones de remuneración del personal y, sobre todo, el manejo de la afiliación a ambos regímenes, especialmente al régimen subsidiado. Estos aspectos se examinan enseguida.

Colombia, al igual que varios otros países de América Latina, tuvo un sistema de salud segregado en tres componentes: seguridad social para los trabajadores del sector formal, servicio público gratuito o semigratuito y servicios privados. El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud prevé la combinación de los tres elementos que antes eran independientes, para lograr el aseguramiento universal, pero las dificultades de implantación que ha tenido mantienen en la práctica los tres componentes preexistentes y, con ellos, una fuerte discriminación por ingreso y condición laboral para la realización del derecho a la salud. La inercia del régimen anterior y su coexistencia con el

nuevo generan incentivos negativos a la eficiencia y la eficacia en los dos regímenes, retarda la implantación del nuevo y acentúa los problemas del antiguo. A finales de 1996, cuando debía terminar el proceso de transición, menos del 8% del gasto público directo en servicios de salud había sido transformado en los subsidios a la demanda propios del nuevo sistema. A la inercia del sistema anterior se suma la explicable falta de iniciativa y compromiso que deriva de que la reforma no haya sido el producto de un proceso de reflexión y acuerdo de todos los agentes del sector y las dificultades que aún tiene el diálogo entre ellos.

1.3.2 Salud Sexual y Reproductiva. Al incluirse la reducción de la mortalidad materna como prioridad de salud pública y en febrero de 2003 se formuló la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en donde uno de los temas de principal interés es la promoción de la maternidad segura con una meta de reducción de la mortalidad materna de un 50%. En esta política, además, se establecen estrategias para el abordaje del tema y acciones concretas que involucran a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de

elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.²⁹

1.3.3 Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva: "Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberán adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual.

Los programas de atención de la salud reproductiva deberán proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo... La familia es la unidad básica de la sociedad y como tal es preciso fortalecerla. Tiene derecho a recibir protección y apoyo amplios³⁰.

²⁹ Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

³⁰ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, septiembre de 1994.

El derecho a la salud sexual y reproductiva es la garantía de las personas para disfrutar una vida sexual sana y satisfactoria, con plena libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia procrear y la posibilidad de hacerlo en las mejores condiciones, de modo que los hijos sean deseados, amados y recibidos de la mejor manera posible. El derecho a la salud reproductiva y sexual está directamente asociado a varios derechos humanos esenciales:

- Derecho a la vida y a la supervivencia (negado por la mortalidad materna y perinatal),
- Derecho a la libertad y la seguridad personal (negado por el abuso sexual, la esterilización forzada y el manejo simplemente policivo de la anticoncepción),
- Derecho a la vida privada y la vida en familia (restringido por la interferencia del estado o de la comunidad en la decisión de tener o no tener hijos y determinar cuándo tenerlos),
- Derecho a disfrutar los beneficios del adelanto científico (negado por la restricción de acceso a anticonceptivos de alta calidad y a los tratamientos contra la infertilidad),
- Derecho a la igualdad de trato y a la no discriminación entre hombres y mujeres para decidir sobre todos los aspectos de su sexualidad y su reproducción (negado cuando por causa del embarazo, el estado civil o la orientación sexual se realizan despidos laborales o educativos o se limitan los beneficios económicos y sociales),
- Derecho a la igualdad de trato y a la no discriminación por razones de edad (negado cuando se limita a los jóvenes información sobre servicios de salud reproductiva y el carácter confidencial de estos servicios).
- Derecho a la justicia y a la protección judicial en los aspectos de la sexualidad y la reproducción (negado cuando en estos asuntos se presentan limitaciones legales, doctrinarias, procedimentales o de acceso al sistema judicial)

- Derecho a la educación (negado cuando no se brinda oportunamente información y orientación sobre salud sexual y reproductiva, derechos relacionados y servicios disponibles), y
- Derecho al desarrollo y al más alto nivel posible de salud.

Desde la década de los 60, Colombia ha avanzado considerablemente en el campo de la salud sexual y reproductiva. No obstante, restan grandes esfuerzos para lograr el pleno disfrute de estos derechos, sin exclusión por razones de pobreza, género, condición cultural o lugar de residencia.

Según la Encuesta de Demografía y Salud de 1995³¹(32), 17% de las gestaciones no tuvieron atención del sistema de salud, ni durante el proceso de embarazo ni en el parto y el postparto. Este abandono institucional es especialmente severo en zonas rurales y áreas de menor desarrollo relativo.

1.3.4 Indicadores de salud perinatal. Entre los indicadores seleccionados por la OMS para la vigilancia del proceso reproductivo se encuentra la mortalidad perinatal: "muerte del producto que alcanza un mínimo de 1.000 gramos o 28 semanas de gestación y hasta los siete primeros días de vida" ³².

Se reconocen las siguientes definiciones alrededor de la muerte fetal y neonatal:

- **Muerte fetal:** "Es la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. La muerte está indicada cuando el feto no

³¹Profamilia: "Encuesta de Demografía y Salud, 1995".

³² Mortalidad Materna y Perinatal. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica para la Mortalidad Materna y perinatal [Internet]. Dirección Seccional de Salud de Antioquia

respira o no da evidencia de vida como ser la ausencia de latidos cardíacos, pulsación del cordón umbilical o movimientos musculares voluntarios.

- **Tasa de Mortalidad Fetal.** Es el cociente entre número de muertes fetales/ número total de nacidos (vivos + muertos) en un área y año dado por 1.000.
- **Muerte fetal desconocida:** aquella que ocurre en cualquier momento de la gestación y de imposible clasificación por edad gestacional.
- **Muerte fetal espontánea:** la que ocurre antes de la vigésima semana de gestación.
- **Muerte fetal temprana:** aquella que ocurre entre la vigésima y vigesimoséptima semanas de gestación.
- **Muerte fetal tardía:** la que ocurre después de la vigesimoctava semana de gestación.
- **Muerte neonatal temprana:** la que ocurre dentro de los primeros siete días después del nacimiento.
- **Muerte neonatal tardía:** aquella que ocurre entre el octavo y el vigesimoctavo día después del nacimiento.
- **Muerte perinatal:** agrupa la muerte fetal tardía y neonatal temprana; es decir, aquella que ocurrió entre la vigesimoctava semana de gestación hasta el séptimo día postparto³³.

³³ Secretaría de salud de Bogotá. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Mortalidad Perinatal. Bogotá. D.C.

- **Muerte infantil:** Es la muerte acaecida entre el nacimiento y los 365 días de vida. Incluye la Mortalidad Neonatal y la Post-Neonatal. Tasa de Mortalidad Infantil. Es el cociente entre muertes acaecidas antes de cumplir 1 año de vida / número total de nacidos vivos en un área y año dado por 1000. ..
- **Muerte perinatal:** Es la suma del número de fetos muertos (a partir de las 22 semanas de gestación o 500 g o más de peso) sumada a las muertes neonatales precoces (antes del 7mo día de vida extrauterina), cualquiera sea su peso o edad gestacional.
- **Tasa de Mortalidad perinatal.** Es el cociente entre las muertes perinatales / el número de nacidos vivos + muertos. En algunos casos se utilizan (por falta de información disponible) las muertes fetales iguales o mayores a la 28 semana de gestación (muertes fetales tardías)”³⁴

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice: “La mortalidad perinatal se define dependiendo de la edad gestacional y el peso al nacer, así:

- **Mortalidad Perinatal I:** representa las muertes perinatales que ocurren a partir de la semana 28 de gestación o con un producto que pesa 1.000 o más gramos y hasta los primeros 7 días de nacido.
- **Mortalidad Perinatal II:** incluye las muertes de productos de 22 o más semanas de gestación o mayores de 500 gramos de peso, hasta los 28 días de vida.

³⁴Organización Mundial de la Salud- OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra 2005 pág.

- **Mortalidad Perinatal III:** productos muertos entre la semana 22 de gestación o mayores de 500 gramos de peso hasta los 7 días de nacido.”³⁵

La OMS, adicionalmente, subclasifica las muertes perinatales como ante parto, cuando la muerte ocurre antes del inicio del trabajo de parto; e intraparto, cuando ocurre luego del inicio del trabajo de parto pero antes del nacimiento. En algunos casos pueden existir dudas cuando la materna consulta con un feto muerto y en trabajo de parto ya establecido. A su vez, la muerte neonatal la divide en temprana, antes de la primera semana de vida y tardía entre la segunda y la cuarta.

1.3.5 Riesgo Reproductivo. Probabilidad (grado de peligro) que tienen tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial de experimentar lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

- **EMBARAZO DE BAJO RIESGO:** Cuando existen factores (sociales, genéticos, biológicos, etc.) solos o asociados que pueden ser significativos en la aparición de un daño, pero que al presente, con las acciones ejecutadas, no producen alteraciones al estado de salud de la madre, el feto o ambos y que pueden ser manejadas y resueltas por métodos clínicos simples.
- **EMBARAZO DE ALTO RIESGO:** Es aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tiene una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.

Cuando existen factores de riesgo (sociales, genéticos y fundamentalmente biológicos, etc.) solos o asociados y cuya presencia puede significar un mayor

³⁵Organización Mundial de la Salud (OMS) Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

compromiso y alteraciones en el embarazo del parto y el puerperio, con repercusión en el estado de salud de la madre, el feto o ambos. La atención de individuos con factores de riesgo hace que: Sea posible identificarlos, focalizarlos y controlarlos

1.3.5. Factores de Riesgo Perinatal. Los factores de riesgo son las características que presentan una relación Significativa con un determinado daño. Estas relaciones pueden ser de tipo:

a) Causal. El factor desencadena el proceso. Por ejemplo, placenta previa, muerte fetal por anoxia; rubéola durante el primer trimestre del embarazo, malformaciones congénitas; malnutrición materna, bajo peso al nacer.

b) Predictivo: Las características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño, pero están asociadas a causas subyacentes no totalmente identificadas o mal comprendidas. Por ejemplo, una mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre mayor riesgo de perder su siguiente hijo.

Los factores de riesgo pueden ser clasificados en endógenos o biológicos, propios del individuo (edad, sexo, paridad, peso, talla, etc.), y exógenos o del medio ambiente. En éste se incluyen características o factores pertenecientes a diversos sistemas relacionados con la salud individual o colectiva (sistemas de salud, de educación, económico, social, etc.) Según el momento en que más precozmente puedan llegar a ser identificados, los factores de riesgo perinatal se clasifican en preconceptionales, del embarazo, del parto, del posparto y neonatales. Es indispensable determinar el riesgo obstétrico de una mujer en cualquiera de estas etapas para poder tomar oportunamente las medidas de prevención y tratamiento que correspondan.

1.3.7. Causas y Riesgos en la gestación. Un problema frecuente se observan al tratar de reunir la casuística de diferentes lugares, es la heterogeneidad de la evaluación y de los diagnósticos etiológicos finales, dependiendo ello de si esa evaluación es primariamente realizada por un patólogo, un genetista o un obstetra. Al revisar las causas de muerte, por ejemplo, en el registro del Ministerio de Salud, no es infrecuente que el diagnóstico indique como causa de muerte hipoxia intrauterina, evento final que puede ser causado por diferentes etiologías.

El riesgo para el feto implica que en los embarazos de alto riesgo los bebés llegan a morir, aunque todo depende de la resistencia tanto de la madre como del hijo, y de la pronta y eficaz asistencia médica que reciban. Cuando se presentan complicaciones, el neonato puede sufrir: prematuridad, bajo peso, asfixia, infecciones, lesiones, deficiencia mental o malformaciones congénitas. Estos efectos tienen diferente trascendencia, y dependen de las condiciones sociales, económicas y de salud de la mujer. En nuestro país estos factores, generalmente, muestran el orden de importancia anotado y constituyen los enemigos a vencer por las ciencias relacionadas con la medicina perinatal.

Algunos de los problemas más comunes que complican la gestación son los siguientes:

- Historia familiar de serias anomalías hereditarias y familiares, por ejemplo, mongolismo o síndrome de Down.
- Anomalías congénitas que afectan el sistema nervioso central, corazón o esqueleto, anomalías pulmonares o sanguíneas (anemia).
- Serios problemas sociales como embarazo en la adolescencia, drogadicción, carencia de padres, etc.
- Falta total o muy escasos cuidados prenatales.
- Edad menor de 18 años o mayor de 35 años.

- Cinco embarazos o más, especialmente cuando la mujer sobrepasa los 35 años.
- Embarazo múltiple.
- Antecedentes de infertilidad prolongada y tratamiento con drogas.
- Enfermedades virales o venéreas en el primer trimestre.
- Acontecimientos que pueden provocar estrés como tensiones emocionales, Shock, accidentes críticos, etc.
- Otras enfermedades: neumonía, apendicitis, hepatitis.
- Desnutrición.
- Complicaciones obstétricas: desprendimiento prematuro de placenta, pérdida de líquido amniótico.
- Presentación anormal, por ejemplo, posición pélvica transversa, etc.
- Trastornos emocionales graves, entre otros.

1.3.8. La Detección del Embarazo de Alto Riesgo. El conocimiento total de sí misma de toda mujer como ser humano, esposa, futura madre y figura clave de la familia, además de sus antecedentes médicos generales y familiares, es piedra fundamental para contar con información confiable a fin de tener un hijo con buen éxito. Al hacer el diagnóstico, es importante reconocer que las complicaciones y problemas que implica un embarazo, no se originan por sí solos, al contrario, llevan implícitos los factores biológicos, sociales, culturales, emocionales y económicos y por tanto, la paciente debe recibir atención adecuada, considerando siempre su medio familiar y social.

Aspectos como el estado civil, educación, actitudes personales, motivación, hábitos de salud, horario de trabajo, actividades, intereses y deseos respecto a la planeación familiar, se consideran circunstancias esenciales para la aceptación y el resultado de un embarazo. Así, el tiempo dedicado a la paciente

y la formulación de su reporte completo, son condiciones fundamentales en el diagnóstico.

Todo diagnóstico, sin exceptuar ninguna de las ramas de la medicina, debe fundarse en un buen estudio clínico, sobre el cual el doctor se apoya para hacer el tratamiento adecuado. La perinatología (del griego peri: alrededor: latín natus: nacido, y del griego logos: tratado) surge en la década de los 60 como respuesta a los problemas y riesgos que rodean el periodo de gestación que, si bien es temporalmente breve, se enlaza por entero con la herencia y el ambiente. Por ello, también en este caso, fundamenta su diagnóstico en un estudio clínico cuidadoso que ningún procedimiento técnico podría sustituir.

1.3.8. Determinantes Sociales: Durante los últimos años, Colombia, se ha venido registrando indicadores desfavorables de pobreza y miseria, debido a la profundización de la recesión económica y del conflicto armado y la violencia. Simultáneamente, los programas de asistencia social han estado sometidos al vaivén del ciclo económico y a las discusiones presupuestales. Sin embargo, algunos estudios demuestran que el deterioro de las condiciones sociales en nuestro país, contrasta con el incremento del gasto social en la década de los 90, que no se vio reflejado en mejores indicadores sociales.

La población en Colombia en condiciones de vulnerabilidad (grupos étnicos, población con discapacidad, población desplazada por la violencia, niños y jóvenes en condiciones de riesgo), se inscriben dentro de los sectores de la población con más altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas, más baja calidad de vida y mayor marginalidad y pobreza, la cual se expresa en las principales causas de morbilidad y mortalidad presentes dentro. Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. “Es importante señalar que los determinantes sociales de la salud no son todos

determinantes sociales de inequidades en salud. De manera que entre los muchos factores y procesos sociales que influyen sobre la salud, algunos pero no todos contribuyen a las brechas de salud entre grupos. Así es posible mejorar los estados promedios de salud sin alterar, o incluso aumentar, las brechas de equidad. Consecuentemente, las políticas de salud que surgen en el contexto de la reforma de la salud no deben expresamente considerar determinantes sociales de inequidades en salud.”³⁶ De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos.

La estructura joven de la población, el alto nivel de la fecundidad (4,5 hijos en 1992) y una estructura de la fecundidad en franco rejuvenecimiento, lo mismo que las altas tasas conservadas por las mujeres mayores, hacen que los riesgos reproductivos en general y obstétricos en particular sean elevados en Nicaragua.

Según encuestas nacionales realizadas en 1985 y 1992, los nacimientos entre mujeres muy jóvenes (menores de 20 años) o muy viejas (mayores de 35) no

³⁶ GRAHAM H. Social Determinants and their unequal distribution:, Vol 82,

han descendido del 30 por ciento. La única variación ocurrida, es la del aumento del peso relativo y absoluto de los nacimientos de las menores de 20 años, por el rejuvenecimiento que ha venido experimentando la fecundidad.

La Promoción de la salud es una estrategia de salud pública que se propone mejorar los determinantes de la salud, alcanzar mayor equidad y fomentar acciones intersectoriales amplias a través de la participación social y ciudadana. Las cinco áreas o líneas de acción que operacionalizan la estrategia son: la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes y entornos favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: que fueron aprobados por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas en la Cumbre del Milenio, en 2000, establecen unas metas ambiciosas para reducir la pobreza. La salud ocupa un lugar central en los ODM. Tres de los ocho Objetivos de Desarrollo, ocho de las 18 metas, y 18 de los 48 indicadores están relacionados con la salud.

Los ODM no proporcionan una lista exhaustiva de metas de salud (faltan, por ejemplo, indicadores para la salud reproductiva, la reducción de las enfermedades no transmisibles y el tratamiento del VIH). Demasiados países de bajos ingresos no están en camino de cumplir los ODM relacionados con la salud. De recientes evaluaciones del Banco Mundial y el PNUD basadas en los informes nacionales se desprende que, si se sigue progresando al mismo ritmo que hasta ahora, varios objetivos no van a cumplirse para 2015, especialmente los relativos a la salud infantil y la mortalidad materna.

Los ODM se componen de 8 objetivos y 18 metas cuantificables acá se describen los objetivos:

- Objetivo 1:** Erradicar la Pobreza extrema y el Hambre
- Objetivo 2:** Lograr la enseñanza primaria universal.
- Objetivo 3:** Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
- Objetivo 4:** Reducir la mortalidad infantil.
- Objetivo 5:** Mejorar la salud materna.
- Objetivo 6:** Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- Objetivo 7:** Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Objetivo 8:** Fomentar una asociación mundial para el desarrollo³⁷

1.3.10. Los Desafíos del Departamento del Cauca frente a los ODM. El Cauca presenta como su principal reto la lucha contra la pobreza como una condición para la búsqueda de la equidad y el bienestar de la población. Este propósito es el norte de las políticas públicas las cuales en el corto plazo van a vincular a los gobiernos municipales al promover la reorientación de los esfuerzos institucionales hacia el logro de los ODM 2015. Es muy probable que no se alcance para el 2015 el Objetivo de reducir a la mitad la población pobre en el Cauca. En el 2002 la pobreza en el Departamento fue del 64.5% y la indigencia de 31.2%, y en el periodo 2002-2005 en pobreza se redujo el número de pobres aproximadamente en 2 puntos porcentuales por año y de la Línea de indigencia en 1.5, de mantenerse esta tendencia, que ha tenido un comportamiento lento, lo que no permitirá muy seguramente el logro de estos objetivos, más cuando el mundo se está enfrentando a una crisis económica, que va a tener inminentes consecuencias en todo el país.

El analfabetismo es un obstáculo que se debe vencer para el cumplimiento de ODM, toda vez que este problema social, se asocia como causa suficiente para mantener la situación de inequidad y marginación social y por ende perpetuar el ciclo vicioso de la pobreza. El Gobierno Departamental debe generar

³⁷ <http://odm.pnud.org.co/odm.html>

estrategias para intervenir esta problemática donde necesariamente se debe mejorar la calidad de la educación para impactar el analfabetismo funcional, mejorando la lecto-escritura y las matemáticas como la base para crear competencias personales ligadas a los procesos de productividad y competitividad.

La lucha contra la desnutrición a través del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional “Cauca sin Hambre 2009-2018” es la ratificación del gobierno Departamental en este tema, el cual retoma y fortalece el Programa de Alimentación y Nutrición Escolar PANES, que además de mejorar la disponibilidad y el acceso a los alimentos, está generando emprendimientos rurales en el tema de seguridad alimentaria. Esta intervención está garantizando el mejoramiento de las condiciones de salud y de un adecuado desarrollo cognitivo y estatural. La salud de las mujeres y de los niños es un tema que amerita una urgente intervención, toda vez que cerca del 85% de las muertes en este grupo poblacional son evitables. En el momento, las organizaciones de mujeres vienen trabajando en la formulación de la Política Departamental de género y con el apoyo de la Universidad del Cauca se levantará la línea de base de hechos y derechos de las mujeres.

Frente al análisis y seguimiento de las enfermedades de obligatoria notificación, se viene evidenciando un bajo nivel de responsabilidad por parte de las instituciones de salud en la notificación oportuna, lo que no permite la realización de análisis confiables, para la toma de decisiones en materia del seguimiento y mejoramiento de los programas de prevención, detección oportuna y atención de las patologías objetos de la notificación obligatoria.

El VIH-SIDA se vislumbra desde ya como un problema de salud pública, mostrando dos fenómenos a considerar como son la de la feminización y la concentración de nuevos casos en los grupos de personas jóvenes, situación

que debe llevar a repensar las estrategias de prevención, las cuales están demostrando su ineficacia frente al tema. Igualmente hay que concentrar esfuerzos en los sistemas de vigilancia epidemiológica, para medir de manera real el problema de salud y estructurar acciones de acompañamiento sobre las personas que viven con la enfermedad para asegurar su vinculación a los servicios de salud curativa y el acceso a la terapia antirretroviral.

El mejoramiento de la calidad del agua, el saneamiento básico y ambiental, a través del Plan Departamental de Agua, en primera instancia le va a garantizar a los caucanos un agua para consumo humano con altos estándares de calidad, como una intervención costo-efectiva para controlar las enfermedades de origen hídrico. E igualmente se afrontara el tema del incremento de las coberturas en acueducto y alcantarillado, para servir a nuevos hogares, principalmente en el sector rural. Se debe seguir fortaleciendo los controles de la calidad del agua para consumo humano, para garantizar la eliminación de la contaminación por plaguicidas y coliformes.

La salud de los pueblos indígenas de las Américas 100. En el quinquenio de 2003-2007 la OPS ha impulsado la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas con la participación permanente de las propias comunidades amerindias, fomentando el reconocimiento y respeto por su sabiduría ancestral. Dos hitos importantes son: la evaluación de los logros de salud al cabo del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo en el 2004, y la resolución CD47.R18, aprobada por el 47.o Consejo Directivo en septiembre del 2006. Esta última, estableció para el período de 2007 a 2011 la incorporación de la perspectiva indígena en el cumplimiento de los ODM y en las políticas de salud nacionales, un mejor conocimiento de la salud de los pueblos indígenas, la incorporación de un enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región como parte de la estrategia de APS, y el desarrollo de alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados **directos**.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. GENERALIDADES DE LA COMUNIDAD NASA.

La población indígena de Colombia asciende a 785.356 habitantes. Existen 82 pueblos o grupos, hablan 64 lenguas diferentes y habitan en la mayoría de los departamentos del país. Los 638 resguardos legalmente constituidos ocupan 27% del territorio nacional, sólo el 13% de la población indígena vive en territorios sin titular como resguardo. El mayor peso poblacional indígena se encuentra en zonas de importancia ambiental: Amazonía, Orinoquía, el litoral pacífico, La Guajira, Cauca y la Sierra Nevada de Santa Marta. El 90% de los indígenas habitan en zonas rurales y sufren problemas similares a los de la población campesina: violencia, desplazamiento, créditos insuficientes, falta de vías de comunicación, aislamiento y barreras culturales entre otros.³⁸

2.2 CONTEXTO DEL PUEBLO NASA

“Los Nasas del norte del Cauca son cerca de 88 mil personas, habitan una región andina montañosa del suroccidente del país, zona estratégica desde el punto de vista de los recursos naturales y perspectiva militar de cerca de varios grupos guerrilleros que han pasado por su territorio a lo largo de los últimos cuarenta años⁵. Los Nasa forman parte y son forjadores del Consejo Regional Indígena del Cauca, CRIC, creado en 1971 y una de las primeras y más importantes organizaciones indígenas del continente que bajo la bandera

³⁸ Ministerio de la protección social. Macroproyecto, Protección de la salud pública en el ámbito nacional. 2005 – 2007. Bogotá, D.C., noviembre de 2003

de la Unidad, la Tierra y la Cultura ha iluminado el camino de los movimientos sociales en nuestro país”³⁹.

Están organizados sobre más de 190.000 hectáreas en 13 Resguardos (territorios autónomos de propiedad colectiva) y 2 comunidades civiles (territorios de propiedad colectiva o individual no reconocidos como Resguardo) ubicados en 7 municipios del departamento del Cauca (Jambaló, Toribio, Caloto, Santander de Quilichao, Buenos Aires, Corinto y Miranda); y bajo la autoridad de los cabildos (personas nombradas por las comunidades para representar la autoridad en el territorio indígena) con un gobierno paralelo y un proyecto político autonómico. (Ver mapa 1)

Mapa 1: Ubicación del Pueblo Nasa en el Departamento del Cauca



Fuente base cartográfica: Igac

2.3 MARCO CONTEXTUAL DE TORIBIO.

El municipio de Toribio, está situado al Nororiente del departamento del Cauca. Limita por el norte con el municipio de Corinto, por el oriente con los municipios de Páez y el departamento del Tolima., por el sur y sur occidente con el

³⁹FERRO, Medina Juan Guillermo: El Movimiento Indígena Nasa (Páez) en Colombia: Alcances y Limitaciones de una propuesta Emancipatoria y Antihegemónica. Bogotá 2005 pág. 2

municipio de Jambaló y por el occidente con el municipio de Caloto. Su territorio comprende alturas que oscilan entre los 1300 y 4100 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m.), tiene una extensión de 49.577 has y una población de 26.450 habitantes. (Ver mapa 2)

Mapa 2: Ubicación del municipio de Toribio en el departamento del Cauca



Fuente <http://toribio-cauca.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mmxx-1-&x=1927432>

Su cabecera municipal, llamada Toribio, está localizada en la confluencia entre los ríos San Francisco e Isabelilla, su altura es de 1.736 m.s.n.m con una población de 3.250 habitantes y una extensión de 92 has. a los 02° 57' 29" de latitud norte y 76° 16' 17" de longitud oeste. Altura sobre el nivel del mar: 1.700 m. Temperatura media: 19°C. Hacen parte del municipio el corregimiento de La Despensa (Rio negro) y las inspecciones de policía de El Tablazo, La Cruz,

López, Natalá, San Francisco, Santo Domingo y Tacueyó. Pertenece al círculo notarial, a la oficina seccional de registro y al circuito judicial de Caloto; corresponde a la circunscripción electoral del Cauca.

Las actividades económicas de mayor importancia son la agricultura, la ganadería y el comercio. Los principales cultivos son café (2.117 ha) y maíz (320 ha). Las actividades comerciales más destacadas en el municipio guardan relación con los productos de origen agropecuario. La cabecera municipal cuenta con un establecimiento de primaria, 372 alumnos y 12 profesores; un establecimiento de educación media, 129 alumnos y 10 profesores; el sector rural cuenta con 41 establecimientos de primaria, 2.697 alumnos y 114 profesores; un establecimiento de educación media, 155 alumnos y 11 profesores. Tiene servicios de acueducto, energía eléctrica, telefonía, telegrafía, correo nacional y una sucursal de la Caja Agraria. Para la difusión cultural y recreativa dispone de una biblioteca y algunos escenarios deportivos. El territorio era habitado por paeces y tunibios”⁴⁰.

En el municipio de Toribio existen tres resguardos Indígenas y el casco urbano que es su cabecera municipal, el 96% de la población es Indígena y el 4% restante es mestiza, tradicionalmente en épocas anteriores existía entre los resguardos resentimientos ocasionados por las diversas tendencias partidistas heredadas de los colonos que llegaron al territorio y que fueron quienes despojaron de sus tierras a sus ancestrales dueños, afortunadamente por iniciativa del padre Álvaro Ulcué Chocué en el año 1980 se creó el Proyecto Nasa, organización que enfila sus labores a romper los espacios de divergencia existentes y dar los primeros pasos de unidad y entendimiento de los comuneros de los tres resguardos.”⁴¹

⁴⁰ contactenos@toribio-cauca.gov.co

⁴¹ Alcaldía municipal de Toribio Plan de Desarrollo municipal 2008 -2011, Toribio 2008 pág 112

2.4 CONCEPCIÓN DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS.

Desde el contexto socio cultural la salud para los pueblos indígenas, no es la misma que para el resto de la población colombiana. No existe en ningún idioma indígena de nuestro país, una traducción al español para el término salud, porque no se concibe el bienestar físico desligado de la naturaleza y las fuerzas espirituales. Cada pueblo según su ley de origen, posee su propio sistema de salud, el cual ha sido estructurado a través de la historia del conocimiento de generación en generación, fundamentado desde la cosmovisión de cada pueblo, con la cual validan los saberes, valores y conocimientos en medio de la diversidad de pensamientos, culturas e interpretaciones de su propia realidad.

Los sistemas de salud propios, están basados en la cosmovisión, el conocimiento tradicional, la relación de armonía y equilibrio entre todos los seres, hombre, naturaleza y espíritus, reflejada en las normas y prácticas culturales de cada pueblo que generan bienestar en todos los órdenes o ámbitos de la vida, regidos por los principios de identidad, territorio, colectividad, integralidad, armonía – equilibrio, equidad, autonomía, reciprocidad, solidaridad y respeto.

La medicina indígena, hace parte del campo sociocultural en la medida en que es un conjunto de saberes destinado a la reproducción social y espiritual de las comunidades indígenas bajo parámetros de equilibrio y bienestar colectivo e individual. La organización de un Programa de Salud ha sido fundamental dentro del proceso organizativo con las comunidades en la orientación y generación de propuestas y alternativas frente a las múltiples dificultades de atención en salud, desconocimiento e irrespeto a los saberes ancestrales, a la medicina indígena y en general a la vulneración de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas. En este proceso permanente de trabajo y

reivindicación de los derechos en salud se han ido identificando, creando y consolidando líneas estratégicas de acción como: fortalecimiento político organizativo, medicina indígena, autonomía alimentaria, atención en salud intercultural, capacitación e investigación y relaciones con el Estado.

El sistema de salud propio no significa encerrarse en lo propio sino más bien fortalecer y revitalizar la cultura de tal manera que permita desenvolverse en forma adecuada dentro de la misma comunidad y a la sociedad en su conjunto, estableciendo relaciones de diálogo y convivencia armónica con los otros pueblos y sectores sociales.

2.5. EMBARAZO DESDE LA COSMOVISIÓN DE LA COMUNIDAD INDÍGENA NASA

Los indígenas Nasa, según la cosmovisión, el embarazo vienen de la unión de la laguna y la Estrella.

EL embarazo, y la maternidad son vividos desde la cosmovisión indígena Páez, como un evento natural. Que alegra a la familia y a la comunidad. El don de transmitir la vida, ha sido legado a las mujeres, y la naturaleza las ha dotado de todos los elementos necesarios para cumplir a cabalidad, con tan preciada misión.

Para la Comunidad Nasa, el embarazo es un estado natural, durante el cual la mujer es más vulnerable a las influencias de fuerzas externas negativas (espíritus como el Arco, eclipses y enfermedades occidentales; por lo tanto es deber de la pareja, tomar medidas preventivas que garanticen el buen desarrollo de la gestación, para la cual recurren casi siempre a la consulta con la medicina tradicional (Parteras y médicos tradicionales), quienes saben y usan medidas de protección específicas para este periodo de la vida.

A la embarazada a partir del quinto mes y a medida que avanza la gestación le va tallando el niño en el vientre por tal motivo acostumbra solicitar la atención de la partera, para que le de la “sobada “ y le arregle la criatura, lo cual es el tratamiento indicado culturalmente.

Por la sobrecarga de trabajo de la embarazada, se hace necesario el tratamiento con baños y tomas de plantas medicinales, formuladas por la partera y /o el Medico tradicional, logrando aliviar el cansancio y la fatiga, a la vez que le saca el “frio” el cuerpo (enfermedad propia).

Además la familia adelanta durante la gestación, el aprovisionamiento de los insumos que se van a requerir para el cuidado de la dieta o puerperio.

Durante este tiempo se debe consumir alimentos calientes (gallina negra cordero, huevos, arracacha) y plantas medicinales calientes, que van a permitir la recuperación de la mujer y a facilitar la lactancia.

Estas medidas de prevención y atención desde la medicina indígena, han permitido la supervivencia y continuidad de la comunidad indígena Nasa.

2.6 MEDICINA INDÍGENA

2.6.1 Las Parteras. La mayoría de parteras de la Zona Norte del Cauca son mujeres o mayores analfabetas, que a través de la tradición oral ha mantenido su capacitación e intercambio. Se dedican a las labores del campo. También hay algunos hombres Parteros, médicos tradicionales, parteros y pulseadores. Ellos reciben una bonificación voluntaria por parte de la familia usuaria, consiste por lo general en remesa ó un aporte económico. La partera en promedio atiende 1 - 2 partos mensuales teniendo el compromiso social, de

cubrir algunas veredas vecinas a su residencia, donde no hay este recurso propio.

En el año 1998 de acuerdo con la información recopilada a través del programa de salud de la asociación de cabildos indígenas de la Zona Norte del Cauca, se alcanzan a identificar 380 parteras activas, dentro de los 13 cabildos.

La cobertura de las parteras no es completa, y se complementa con la red de atención: promotores y agentes comunitarios de salud, quienes en algunas veredas descubiertas, realizan esta labor, al interior de su comunidad. La red de recursos propios de salud, de la medicina indígena para la atención de la embarazada, tiene mayor aceptación y uso dentro de los resguardos comparados con la oferta de servicios de la medicina occidental, lo cual se refleja en la alta incidencia de atención del embarazo y parto en casa cubierta por parteras.

2.7 BARRERAS CULTURALES:

El idioma, usos, costumbres, prácticas culturales que no permiten realizar los procesos en salud.

2.8 CONTROL NASA

Cuando hablamos del control prenatal desde la medicina indígena nos referimos al acompañamiento y seguimiento mensual que hace la partera con sus prácticas culturales como: sobar la barriga, baños de asiento con plantas calientes para sacar el frío y el TheWala con los rituales y armonizaciones, todo esto con el fin de tratar la causa y consecuencia que afecta la salud de la embarazada aplicando las normas culturales de la comunidad nasa.

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo retrospectivo de los casos de mortalidad perinatal ocurrido en mujeres residentes de la comunidad NASA del municipio de Toribio Cauca en el 2008 y primer semestre del 2009.

3.2 POBLACIÓN

La población del presente trabajo está determinada por los fallecidos con 28 semanas completas de gestación y los siete días completos después del nacimiento o mayor de 1000 gramos de peso ocurrida durante el 2008 y primer semestre del 2009. Para ello tomamos como muestra 21 mujeres Nasa que presentaron muertes prenatales.

3.3. MUESTRA

La muestra fue de 21 mujeres pertenecientes a la comunidad nasa que tuvieron muertes perinatales en el año de 2008 y primer semestre de 2009.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION

3.4.1 Criterios de Inclusión

- Defunciones de perinatos de la comunidad NASA ocurridas en el municipio de Toribio durante el 2008 y primer semestre del 2009.
- Defunciones de perinatos de la comunidad NASA de Toribio, ocurridas en otros Municipios.

Las Mujeres de la Comunidad NASA que mueren en otro lugar del país, quedan registradas en el reporte del SIVIGILA del Municipio.

3.4.2 Criterios de Exclusión

- Defunciones de perinatos ocurridas en el municipio de Toribio pertenecientes a otras etnias diferentes a la NASA.
- Defunciones de perinatos, con causa de muerte malformaciones no compatibles con la vida.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Defunción Perinatal

- Cuestionario estructurado sobre los factores asociados a la mortalidad perinatal.
- Certificado de defunción.
- Historia clínica.
- Entrevista abierta a madres, familiares y personal de salud.
- Indicadores de salud: Registros del DANE del municipio de Toribio.

3.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- **I Fase:** Solicitud de permiso a las entidades de salud, entes municipales y comunidad para la recolección de la información.
- **II Fase:** Exploración de los registros de defunciones perinatales ocurridas en el 2008 -2009 en el municipio de Toribio.
- **III Fase:** Revisión y análisis de historias clínicas, reportes de defunciones y visitas domiciliarias realizadas, en el municipio de Toribio.

- **IV Fase:** Aplicación del cuestionario estructurado y abierto, previa prueba piloto.

3.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS

3.7.1 Análisis de la Información. La tasa de mortalidad perinatal se dedujo del número de muertes perinatales entre 28 semanas de gestación y los siete días completos después del nacimiento

Las variables cualitativas: sociales, biológicas y culturales obtenidas en el estudio serán descritas mediante distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas (porcentajes), medidas de tendencia central y para obtener la dispersión de los datos se empleó la desviación Standard.

La tabulación de los datos se desarrolló en el paquete estadístico Epi- Info.

4. RESULTADOS

4.1 TASA DE MORTALIDAD PERINATAL MUNICIPIO DE TORIBIO CAUCA, 2008 Y PRIMER SEMESTRE DE 2009

$$\text{TMP 2008} = \frac{18 \text{ Muertes perinatales}}{237 \text{ Nacimientos}} \times 100 = 7.6$$

$$\text{TMP 2009} = \frac{6 \text{ Muertes perinatales}}{219 \text{ Nacimientos}} \times 100 = 2.7$$

El municipio de Toribio Cauca, se ha caracterizado por tasas de mortalidad perinatal altas, para el año 2006 fue de 5.9, por 100 Nacidos Vivos(NV); en el año 2007 de 6 x 100 NV y en el año 2008 de 7.6 x 100 NV, mientras que para el año 2009 descendió a 2.7 muertes perinatales teniendo en cuenta que para este año se operativizó el plan de choque materno y el programa mujer dadora de vida con la participación de las autoridades tradicionales, las 2 IPS, familia y sabedores ancestrales.

Al analizar las variables de las muertes perinatales reportadas en el año 2008, se identificó que las mujeres que tuvieron muertes perinatales se encontraban entre los 15 y 40 años de edad pertenecientes al resguardo de Toribio en un 42%.

4.2. FACTORES SOCIALES, BIOLÓGICOS Y CULTURALES

Tabla N° 3 Distribución porcentual de muertes perinatales según procedencia. Toribio 2008 y primer semestre 2009.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
San Francisco	4	21,10%	21,10%
Tacueyo	7	36,80%	57,90%
Toribio	8	42,10%	100,00%
Total	19	100,00%	100,00%

Fuente: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

En relación con los factores sociales el resguardo Toribio, presentó mayor mortalidad perinatal con un 42% (8). Cabe resaltar que en este resguardo se encuentra el mayor grupo de colectivos indígenas, seguido por el resguardo de Tacueyó con un 36%(7) y el resguardo de San Francisco con un 21% (4). Ver tabla N° 1

4.2.1 Edad materna. La edad promedio fue de 25 años con una edad mínima de 15 , máxima de 40 años.

4.2.2 Estado civil: Se encontró que el 84%(16) vive en unión libre con pareja estable y el 16% (3) de sus parejas mantiene otra relación, aceptada por ambas mujeres.

Tabla N° 4 Distribución porcentual de muertes perinatales según nivel de escolaridad, en la comunidad NASA .Toribio 2008, primer semestre 2009

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
			Acumulado
Ninguno	1	5,30%	5,30%
Primaria Completa	5	26,30%	31,60%
Primaria Incompleta	10	52,60%	84,20%
Secundaria Completa	1	5,30%	89,50%
Secundaria Incompleta	2	10,50%	100,00%
TOTAL	19	100,00%	100,00%

Fuente: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la mortalidad perinatal, encontrando que el 84,20% de las madres solo tienen estudios de primaria discriminados así, el 52,60%(10) primaria incompleta, el 26% (5) primaria completa, estudios de secundaria el 15,8%(3) y el 5%(1) ningún nivel de escolaridad. Ver tabla N° 2.

Religión: 1= Católica 2= Evangélica

De las 19 madres que presentaron muerte perinatal el 95% (18) pertenecen a la religión católica y un 5%(1) son evangélicos.

Tabla N° 5. Distribución porcentual de muertes perinatales según ocupación

Que actividades realiza Usted cuando está Embarazada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Agricultura	1	5,30%	5,30%
Agricultura y oficios Domésticos	13	68,40%	73,70%
No hace nada	1	5,30%	78,90%
Oficios Domésticos	4	21,10%	100,00%
Total	19	100,00%	100,00%

Fuente: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009.

La cosmovisión de los pueblos indígenas, incluyendo al NASA, es el trabajo de la tierra, El pueblo nasa es eminentemente agrícola, tanto hombres como mujeres se dedican a las labores del campo. De las 19 mujeres que presentaron muerte perinatal un 68%(13) combinan las labores del campo con los oficios domésticos, el 21.10%(4) se dedican exclusivamente a los oficios domésticos, el 5.3%(1) a la agricultura y el 5.3%(1) manifiesta no hacer nada. Ver tabla N° 3.

4.2.3 Horas dedicadas al trabajo: jornal. El 63 % (12) de las mujeres trabajan en promedio 12 horas distribuidas entre oficios domésticos y mantenimiento de la huerta, mientras sus esposos jornalean y el 37% (7) restante trabajan entre 6 y 7 horas.

4.2.4 Tamaño y composición de la familia: El 58 %(11) de las mujeres viven con su familia extensa y un 42% (8) viven con su familia nuclear.

4.2.5 Tipo de vinculación al SGSSS. El 100% de las mujeres están afiliadas al régimen subsidiado (EPSI AIC).

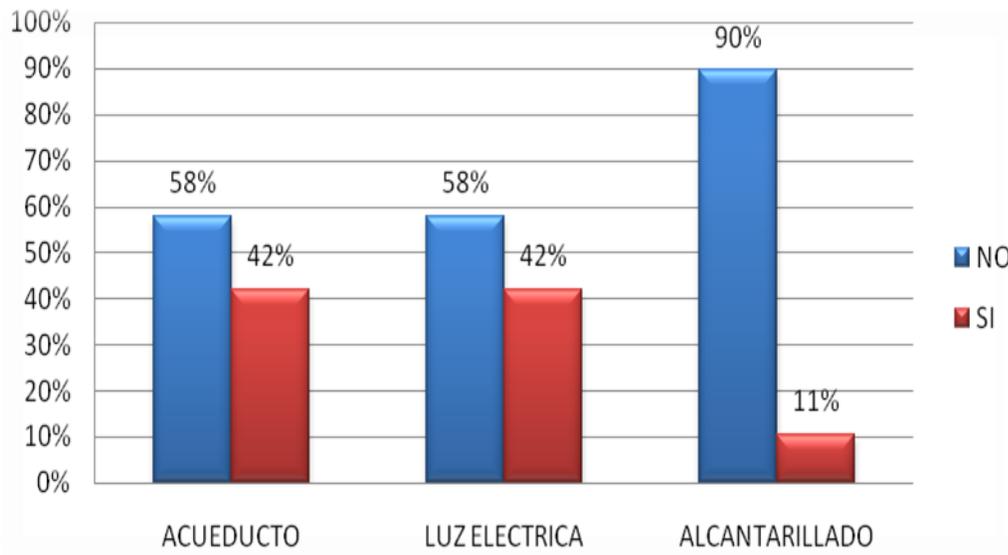
4.2.6 Composición material de la vivienda y servicios públicos. El colectivo nasa, posee vivienda propia. Están construidas en bareque y cemento, solo el 4% de ellas tienen piso de cemento y tierra, en cuanto a la tenencia de servicios públicos, el 58% utilizan el agua del río Isabelilla, solo el 42% cuenta con servicios de acueducto y luz eléctrica.

En cuanto al servicio de alcantarillado, solo el 11% cuenta con este servicio, el 89% restante realizan sus deposiciones en letrina en un 30 % y en campo abierto el 70%.

El resguardo que tiene mayor acceso a servicios públicos es el de San Francisco posiblemente por tener un sistema de alcantarillado lo que permite mejorar el saneamiento básico.

El municipio de Toribio cuenta con servicio telefónico e internet pero las familias sujeto de nuestra investigación no tienen al alcance estos servicios ya que viven en el área rural lo que se convierte en un limitante para tener una atención rápida y oportuna.

Grafica N° 1 Distribución porcentual de muertes perinatales según servicios públicos. Toribio 2008 y primer semestre 2009.



Fuente: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

4.2.7 Servicios de transporte: El 60% (11) no cuenta con servicios de transporte, el 40 % (8) cuenta con moto y caballo.

4.2.8 Recursos de salud. El hospital del municipio ESE CXAYUT"CE JXUT tiene habilitado el servicio de ginecología, cuenta con personal de salud capacitado en reanimación neonatal y servicio habilitado de ambulancia.

4.3. FACTORES BIOLÓGICOS

4.3.1 Características Maternas:

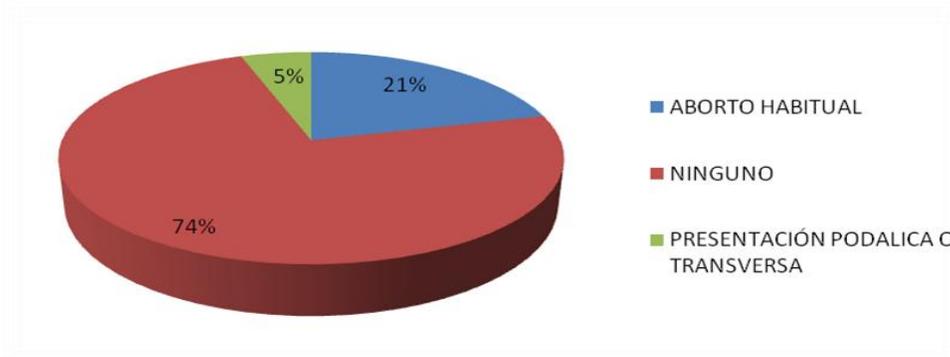
Tabla N° 6. Distribución porcentual de muertes perinatales según antecedentes obstétricos: Gravidéz

GRAVIDEZ	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado.
1	2	10,5%	10,50%
2	3	15,8%	26,30%
3	7	36,8%	63,20%
4	1	5,3%	68,40%
5	1	5,3%	73,70%
6	2	10,5%	84,20%
8	1	5,3%	89,50%
9	2	10,5%	100,00%
Total	19	100,00%	100,00%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

Para el pueblo Nasa, el tener hijos es fuente de poder y riqueza, y es frecuente encontrar mujeres multigestantes. En el estudio el 37% (7) eran grávida tres, seguidas por el 15,8% (2), con gravidéz dos, y un 21% (4) con gravidéz 6 y 9 en un 10.5%. Ver tabla N° 4.

Gráfico N° 2 Distribución porcentual de muertes perinatales según complicaciones obstetricas anteriores.



FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

Encontrar datos precisos sobre complicaciones obstétricas fue un trabajo arduo, en tanto en muchos resguardos las complicaciones fueron atendidas por los médicos tradicionales y solo existe la información deferida en la entrevista, y en las historias clínicas; encontrándose que el 74% (14) no presento ningún antecedente obstétrico, el 21% (4) presento un aborto habitual y el 5% (1) una presentación distócica .Ver grafica N° 6

4.3.2 Edad Gestacional en Semanas:

1. 21 a 26 semanas
2. 27 a 32 semanas
3. 33 a 38 semanas.
4. Mayor de 39 semanas

De las 19 mujeres que tuvieron muerte perinatal el 53% (10) se encontraron en su gestación a termino (39 y 40 semanas), el 21% (4) entre las 33 y 38 semanas, el 21% (4) entre las 27 y 32 semanas y solo un 5% se encontró entre las 21 a 26 semanas.

4.3.3 Período Intergénésico:

1. Menor de 2 años
2. De 3 a 4 años
3. De 5 a 6 años
4. De 7 a 9 años
5. Mayor de 10 años.

En cuanto al periodo intergenesico se encontró que 74 % (14) era mayor de 2 años, el 16% (3) menor de 2 años y un 10%(2) era la primera gestación.

Tabla N° 7. Distribución porcentual de muertes perinatales según complicaciones perinatales.

Complicaciones Perinatales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Desconocido	6	31,60%	31,60%
Ninguno	9	47,40%	78,90%
Recién Nacido con Peso Menor			
De 2500 O Mayor De 4000 G	4	21,10%	100,00%
TOTAL	19	100,00%	100,00%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

El 47% (9) no refiere haber tenido complicaciones perinatales, el 31,60% (6) desconocen si las hubo y el 21% (4) restante, manifestaron haber tenido recién nacidos de alto o bajo peso. Ver tabla N° 6

Tabla N: 8 Antecedentes patológicos durante la gestación

Desviaciones obstétricas en el embarazo actual	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Amenaza de Parto Pretermino	2	10,50%	10,50%
Ganancia de Peso Inadecuada	2	10,50%	21,10%
Hemorragia Vaginal	1	5,30%	26,30%
Infección Urinaria Recurrente	9	47,40%	73,70%
Ninguna	2	10,50%	84,20%
Rpm	3	15,80%	100,00%
TOTAL	19	100,00%	100,00%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009.

Del total de mujeres, 17 presentaron complicaciones obstétricas como : Infección urinaria 47% (9), rotura de membranas 16% (3) , amenaza de parto pretermino 12% (2), ganancia de peso inadecuada 12% (2) y hemorragia vaginal 5% (1). Solo 2% (2) de las mujeres no presentaron ningún factor de riesgo, las Ver tabla N° 7.

Tabla N: 9 Distribución porcentual según controles prenatales realizados.

REALIZÓ PRENATALES	CONTROLES		Porcentaje acumulativo
	Frecuencia	Porcentaje	
NO	3	15,80%	15,80%
SI	16	84,20%	100,00%
Total	19	100,00%	100,00%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009.

El 84%(16) refiere haber realizado control prenatal, pero solo el 36.9%(7) realizaron más de 4 controles. Debe resaltarse que la comunidad indígena no solo aceptan los controles prenatales realizados por la medicina facultativa, también considera importante los controles culturales de salud por la partera y él Thewala que son también significativos para lograr su armonía. Los controles aquí especificados corresponden a los controles realizados por la medicina facultativa. Ver tabla N° 8.

Tabla N: 10 Distribución porcentual de las semanas gestacionales en que se inició el control prenatal.

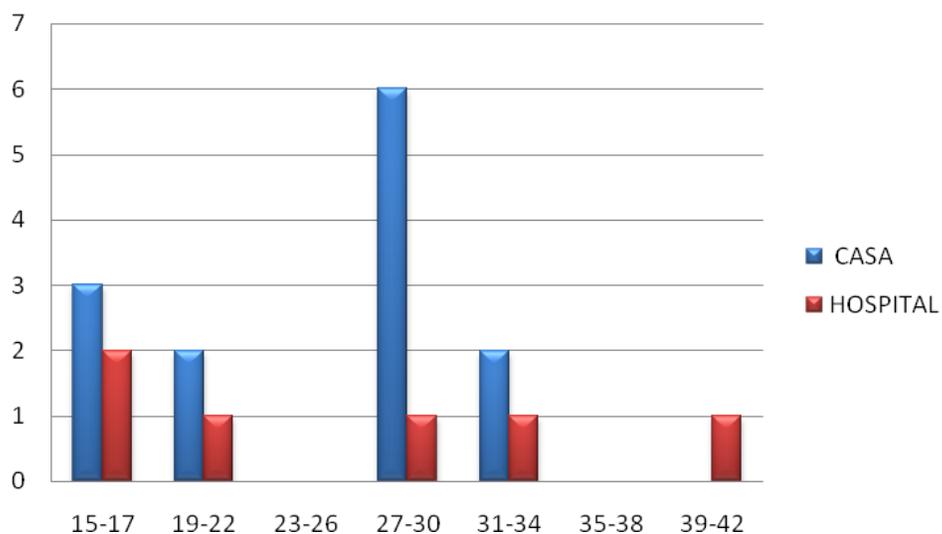
Semanas en que inició el CPN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No realizó control	3	16%	16%
Primer trimestre	8	42,00%	58,00%
Segundo trimestre	5	27,00%	85,00%
Tercer trimestre	3	15,00%	100,00%
TOTAL	19	100%	100%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

El trimestre en el que inicia la atención prenatal es un indicador útil, al permitir medir la oportunidad de la atención en salud, *encontrándose que las mujeres Nasa no asisten a los controles prenatales programados debido a factores como la falta de calidez en la atención del personal profesional y dificultad en el acceso a los servicios de salud.* En el estudio se encontró que *el 84%(16) de las mujeres nasa realizaron control prenatal y un 16%(3) no lo realizaron;* El 42%(8) inicio control prenatal en el primer trimestre de embarazo, el 27% (5) en el segundo trimestre, un 15% en el tercer trimestre. Ver grafica N° 7 y tabla N° 9.

4.3.3 Proceso Del Parto

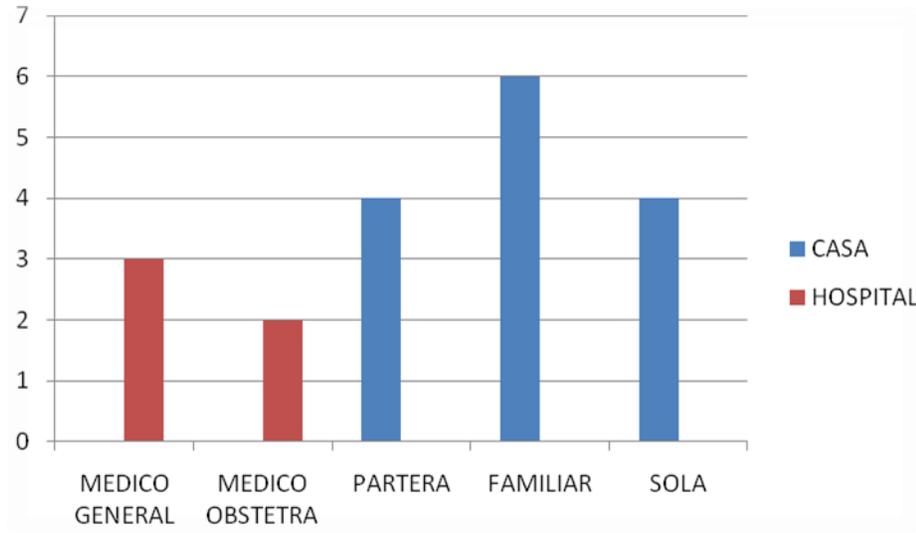
GRAFICO N: 3 Distribución del lugar de atención del parto según edad materna



FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

En el estudio se encontró que el mayor porcentaje de mujeres entre 27 a 30 años tuvieron su parto en casa seguido por las de 15-17 años de edad.

Gráfica N: 4 Distribución del lugar y atención del parto



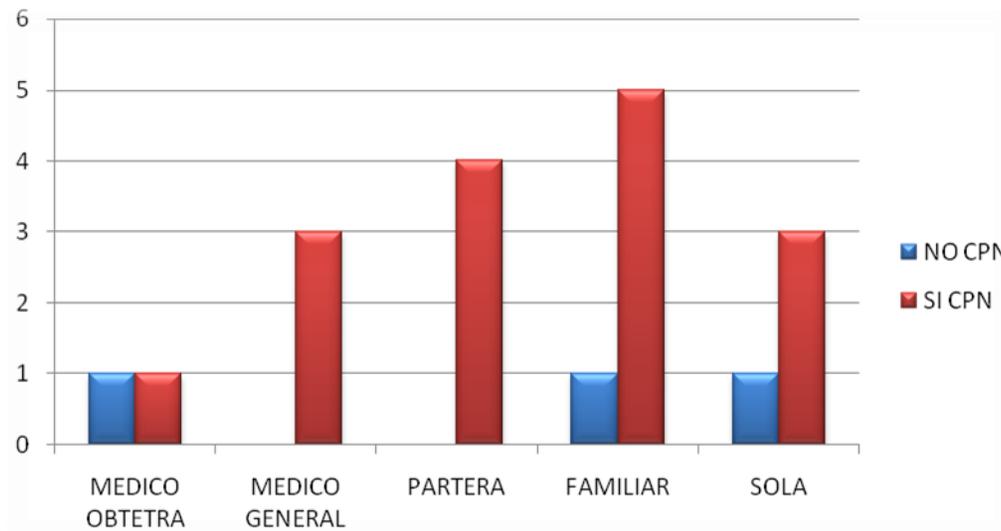
FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

Resulta de vital importancia en cualquier lugar del mundo, que la atención del parto se realice en las mejores condiciones de higiene y sea atendido por personal de salud capacitado incluyendo a las comunidades indígenas. Generalmente estas comunidades tienen como facilitadores del parto a la partera quien lo atiende y al Thewala que le realice la limpieza y la previene contra los malos espíritus.

Las deficiencias en la atención del parto en las comunidades indígenas con frecuencia, ponen en riesgo la sobrevivencia de la madre y de su hijo(a), al presentarse mayores complicaciones con la atención del parto y el puerperio en sitios rurales dispersos donde el 53% (10) es atendido por los familiares y por las mismas parturientas. Tomando como factor de riesgo, el sitio de atención, se observa como el 68%(14) fue atendido por personas externas al equipo de salud un 32%,(6) fue atendido por un familiar, el 27%(4) fue atendido por el médico, seguido la partera y sola en un 21%(4). Ver grafica N° 4

En el estudio se encontró que un 68%(14) de las mujeres que presentaron muerte perinatal fueron atendidas en la casa y solo un 32% (6) las atendieron en una institución de salud por presentar un factor de riesgo.

Gráfica N: 5 Distribución porcentual según realización de control prenatal y atención del parto



FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

Posiblemente por la falta de accesibilidad, muchas de las mujeres que más asistieron a control prenatal, terminaron su gestación atendidas por un familiar, la partera, sola o con un médico general.

Tabla N: 11 Distribución porcentual del momento en que ocurre la muerte perinatal en relación al lugar donde ocurre la defunción.

Momento en que ocurre la muerte/ lugar donde ocurre la defunción	Cabecera municipal	Rural disperso
Anteparto	5.3%	0.00%
Intraparto	26.3%	47.3.%
Puerperio Inmediato	0%	5.3.%
Puerperio Mediato	0%	15.8.%
TOTAL	31.6%	68.4%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

El 84 % (16) de los partos finalizó por vía vaginal y un 16%(3) fue por cesárea; El 73.6 % (14) de las muertes perinatales ocurrió en el periodo intraparto, donde el 47.3% (9) de las muertes sucedieron en el área rural y el 26.3% (5) en la cabecera municipal.

Ver tabla N° 10.

Tabla N: 12 Distribución porcentual de la relación peso edad gestacional según el tipo de mortalidad

Relación peso edad gestacional / tipo de mortalidad	Mortalidad tardía	Mortalidad precoz
Adecuado para la edad gestacional.	68.1%	16%
Grande para la edad gestacional	5.3%	0%
Pequeño para la edad gestacional	5.3%	5.3%
Total	78.7%	21.3%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

La mortalidad tardía presenta en un 68.1%, peso adecuado para la edad gestacional, un 5.3% para la relación grande y pequeño para la edad gestacional. La mortalidad precoz presenta un 16% para la relación peso adecuado y un 5.3% para pequeño para la edad gestacional.. Ver tabla N° 11.

Tabla N: 13 Distribución porcentual de la edad gestacional

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pretermino	9	47.3%	47.30
A termino	10	52.7%	100%
Post termino	0	0%	100%
Total	19	100%	100%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

El tipo de mortalidad tardía representa el 78.7% de las muertes perinatales, donde el 52.7% (10) de las muertes se encontraban a término, seguido por las pretermino en un 47.3%(9). Ver tabla N° 12.

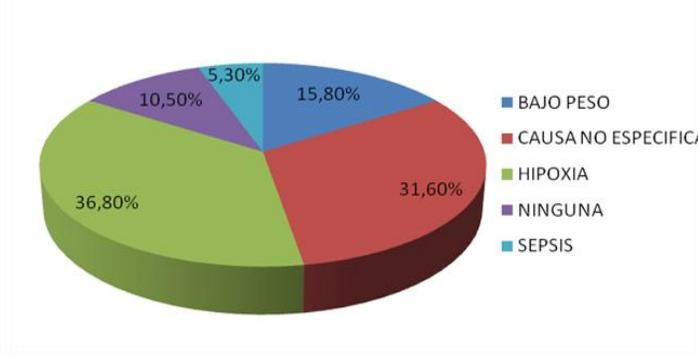
Tabla N: 13 Distribución porcentual de la causa básica de la muerte perinatal

Causa Básica de Muerte	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Asfixia	11	57,90%	57,90%
Bajo Peso al nacer	1	5,30%	63,20%
Desconocida	3	15,80%	78,90%
SDR	4	21,10%	100,00%
Total	19	100,00%	100,00%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

En relación a las causas básicas de la muerte perinatal el estudio muestra que el 58% (11) fue por asfixia, el 21%(4) por SDR, el 16%(3) por causa desconocida y el 5%(1) por bajo peso. Ver tabla N° 13.

Gráfico N° 6 Distribución porcentual de la causa directa de la muerte perinatal



FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

El 37%(7) de la muerte perinatal por causa directa fue porocurrió por hipoxia, el 32%(6) por causa no especificada, el 16% (3) por bajo peso, el 10%(4) por ninguna causa y el 5%(1) por sepsis Ver gráfico N° 6

3.4. FACTORES CULTURALES

Tabla N: 15 Posición en la que la mujer Nasa le gusta tener a sus hijos

En que Posición le gusta tener a su Hijo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Acostada	3	15%	15%
Agarrada del Chumbe	11	58%	73%
Arrodillada	3	16%	89%
en el Suelo	2	11%	100%
TOTAL	19	100,00%	100,00%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

Las mujeres Nasa conservan sus ritos entorno a los cuidados del embarazo encontrándose que el 58%(11) le gusta tener sus hijos agarrada del chumbe, el 16%(3) arrodillada, el 11%(2) en el suelo, el 15% (3) acostada, en cuanto a los temores que enfrenta un 58 % (11) le teme al Arco , el 16% a los eclipses y otro 16% manifestó no tener ningún temor, un 5% a cargar pesado y 5% al arco y a los eclipses. Ver tabla N° 14 y 15

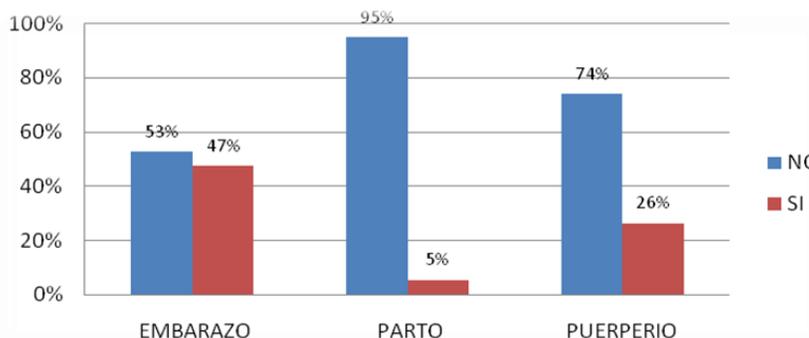
Tabla N:17 Distribución porcentual de los temores de la mujer Nasa cuando está embarazada

A que le teme cuando está Embarazada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A cargar pesado	1	5,30%	5,30%
A Los Eclipses	3	15,80%	21,10%
Al Arco	11	57,90%	78,90%
Le teme a todo	1	5,30%	84,20%
No le teme a nada	3	15,80%	100,00%
Total	19	100,00%	100,00%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009.

Se evidenció que las Mujeres Nasa en cuanto a los temores que enfrenta un 58% le teme al arco, el 16% a los eclipses y otro 16% manifestó no tener ningún temor, un 5% a cargar pesado y 5% le teme a todo.

Gráfico N° 7 Distribución porcentual de la práctica de ritualidad en el embarazo de las mujeres que tuvieron muerte perinatal



FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

Con respecto a la realización de rituales, se encontró que el 53% manifestaron no haber realizado ningún ritual y el 47% manifiesta que el Thewala los realizo. En el parto el 95% realizaron rituales como el de “abrir camino” que consiste en desamarrar el útero para que el bebe inicie el proceso de salida al nuevo mundo, un 5% no los realizo, porque el parto fue fuera de la casa; en el puerperio el 74% practicó rituales como limpieza del sucio y un 26% no lo hizo en el momento por no encontrar un Thewala que se lo realizara. Sin embargo practicaron cuidados propios como evitar las corrientes, baños con aguas de plantas calientes, alimentos clasificados para la cultura nasa como calientes. Ver gráfico N° 7.

DEMORA 1 Reconocimiento del problema

3.5. CONOCIMIENTO DE LAS DEMORAS TIPO I: SEÑALES DE PELIGRO EN LA GESTACION

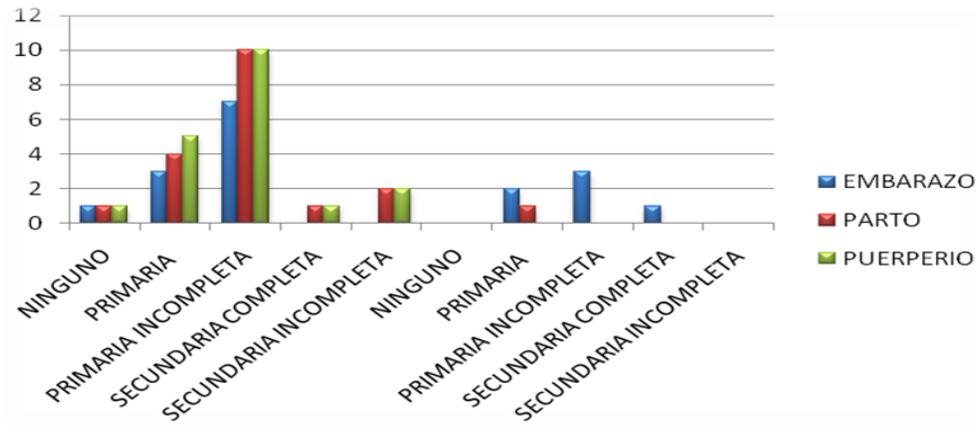
Tabla N: 17 Distribución porcentual del desconocimiento de los factores de riesgo y/o signos de alarma por parte de la gestante y su familia.

Conoce las señales de Peligro	SI	NO
Embarazo	31.5.%	68.5%
Parto	5.3%	94.7%
Puerperio	0%	100%
Derechos Sexuales y Reproductivos	5.3%	94.7%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

El 31.5% (6) de las mujeres conocen las señales de peligro en el embarazo y el 68.5 (13) las desconocen: El 5.3%(1) tiene conocimiento de señales de peligro en el parto y el 94.7% no, en cuanto al conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos solo una de ellas los conocía.

Gráfico N° 8 RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA SEGÚN ESCOLARIDAD



FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009.

Se observa que el grado de escolaridad tiene relación con los conocimientos sobre los factores de riesgo y/o signos de alarma por parte de la gestante y su familia ya que de las 19 mujeres solo 1 mujer termino la secundaria; Ver Grafica 8.

Tabla N: 18 Distribución porcentual del momento en que las mujeres Nasa les brindaron información sobre los factores de riesgo y signos de alarma

En qué momento le brindaron la información sobre los factores de riesgo y signos de alarma.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Consulta	8	42,10%	42,10%
No Recibió Información	11	57,90%	100,00%
TOTAL	19	100,00%	100,00%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

El 42% (8) de las mujeres manifestaron que recibieron información sobre las señales de peligro y alarma por parte de los promotores de salud en las veredas cuando se captaban por primera vez y el médico general en la consulta médica el 58% (11) restante manifestó no haber recibido información por parte del personal de salud. Ver tabla N° 17

DEMORA 2 Oportunidad de decisión y acción.

Tabla N: 19 Dificultades que se le presentaron a las mujeres Nasa para acudir al sitio de atención.

Dificultades	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Culturales	3	15.80%	15.80%
Económicos	3	15.80%	31.6%
Culturales y Económicos	2	10.50%	42.10%
Familiares	8	42.10%	84.20%
Ninguno	3	15.80%	100.00%
Total	19	100.00%	100.00%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

La mujer no es autónoma en la toma de decisiones, incluso con respecto a su salud. Las principales dificultades presentadas fueron oposición de sus familiares en un 42% (8) para acudir al centro de salud, seguido por barreras culturales (lenguaje y ausencia de prácticas como la siembra del cordón umbilical) con en un 16% (3), dificultades económicas en un 16%(3), culturales y económicas en un 10.5% (2), y el 16%(3) manifestaron no tener ningún inconveniente, Ver tabla N° 18

Tabla N: 20 Distribución de la frecuencia ha tenido experiencias negativas cuando ha solicitado servicio de salud.

Ha tenido experiencias negativas cuando ha solicitado los servicios de salud	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
NO	73.70%	73.70%
SI	26.30%	100.00%
Total	100.00%	100%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

Referente a las experiencias negativas cuando se solicitó el servicio de salud el 74% no tuvieron experiencia negativas cuando solicitaron atención y el 26% manifestó que el personal de salud las regañaba y no respetaban sus creencias Ver tabla N° 19

DEMORA 3

Hay deficiencias en la calidad de la atención en el sistema de salud

Tabla N: 21 Distribución porcentual del acceso a la atención

Acceso a la Atención	frecuencia	porcentaje	porcentaje acumulado
Acceso Geográfico	5	26,30%	26,30%
Costos de Transporte y Estadia	1	5,30%	31,60%
Acceso Geográfico y costos de Transporte y Estadia	10	52,60%	84,20%
No calidez en la atención	1	5,30%	89,50%
TODAS LAS ANTERIORES	2	10,50%	100%
Total	19	100,00%	100,00%

FUENTE: Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad Nasa del Municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009

La red vial interna del municipio de Toribio tiene carreteras sin pavimentar y la vía principal que comunica la cabecera municipal con otros municipios se encuentra pavimentada. La población rural se encuentra dispersa, incluso alejada entre una familia y otra, dificultando su traslado y prontitud para solicitar ayuda, los servicios de telefonía celular no son comunes ya que no hay señal en todas las veredas.

El traslado de la gestante se hace generalmente en moto y caballo ya que no hay transporte público para todas las veredas las cuales se traducen en demoras para llegar a tiempo al centro de salud, incluso cuando se presenta una complicación.

Las principales demoras en el acceso lo reportan la falta de vías de transporte y costos en un 53.60%⁽¹⁰⁾, acceso geográfico en un 26.30%⁽⁵⁾, costos de transporte y estadía y falta de calidez en la atención en un 5.30%(1) para cada una. Dos mujeres contestaron a todas las anteriores en un 10.5%(2). Ver tabla N° 20.

La ESE CXAYU´CE JXUT cuenta con infraestructura adecuada, 43 personas actualizadas en el manejo de emergencia obstétrica.

Las parteras tradicionales cumplen funciones básicas, que se centran en el rol que desempeñan dentro de la comunidad. La primera de ellas está basada en la relación afectiva que la partera establece con las mujeres nasa embarazadas, lo que genera confianza ya que la perciben cercana y familiar, esto hace que se reduzca la ansiedad en la parturienta, a diferencia de la que se provoca cuando es atendida en los servicios médicos institucionalizados. La segunda función se deriva del conocimiento que tiene la partera de las necesidades y carencias económicas de las mujeres que requieren su servicio, aunado a las propias tradiciones de la práctica.

Dentro de las complicaciones más frecuentes referidas por las parteras se cuenta la caída de la matriz, el bebé parado (posición podálica), el nacimiento de gemelos y el rompimiento de la fuente (ruptura prematura de membranas). Dificultades que no siempre pueden afrontar, cuando se enfrentan a estas situaciones buscan a los familiares, comunidad, personal de salud comunitario para trasladar a la parturienta al hospital.

El municipio de Toribio cuenta con recursos propios en salud como son las parteras tradicionales ubicadas en cada uno de los resguardos en diferentes veredas, San Francisco tiene 24, Tacueyó 23 y Toribio 21 con distancia entre un resguardo y otro un promedio de 30 minutos, entre vereda y otra son 2 horas de camino y entre una casa y otra son 45 minutos cuando hay partera en la vereda.

5. DISCUSIÓN

La historia de los indígenas Nasas está estrechamente ligado a la existencia de la tierra, la naturaleza, el trabajo, el espacio y el tiempo. Los indígenas nasas objeto del estudio se localizan en el municipio de Toribio Cauca, conformado por tres resguardos (Tacueyó, Toribio, San francisco) y la cabecera municipal donde el 96% de la población es Indígena perteneciente a la etnia Páez y el 4% restante mestiza. Sus características geográficas, étnicas y políticas lo determinan como una región de alta exclusión social con déficit en el acceso a los servicios de salud, problemas de orden público y con una historia de alta mortalidad materno Perinatal. La comunidad Páez, en los últimos 5 años, han venido reportando tasas de mortalidad de perinatal altas, para el año 2006 fue de 5.9, 2007; 6 muertes por cada 100 nacidos vivos Con un promedio de 67 muertes perinatales⁴². La presente investigación analizó el total de muertes perinatales (19) durante el periodo 2008 y primer semestre del 2009. El resguardo que presento una mayor mortalidad perinatal, fue Toribio con un 42%⁽⁸⁾ seguido del Tacueyó con un 36%(7) y el resguardo de San Francisco con un 21% (4).

La tasa de mortalidad perinatal para el 2008 fue de 7.6 x 100 nacidos vivos; Cifras que descendieron en el año 2009, a 2.7 muertes perinatales x 100 nacidos vivos teniendo en cuenta que para este año se operativizó el plan de choque materno con la participación de las autoridades tradicionales, las 2 IPS, familia y sabedores ancestrales. La mayor razón de mortalidad perinatal se presentó en el grupo de mortalidad tipo I.

⁴²Mortalidad Materna y Perinatal. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica para la Mortalidad Materna y perinatal [Internet]. Dirección Seccional de Salud de Antioquia

La población en estudio correspondió a mujeres adultas jóvenes, de procedencia rural disperso, con una edad promedio de 25 años +- 7.2 DS, con escolaridad primaria en un 84,20% (15), donde el 68%(13) combinan las labores del campo con los oficios domésticos. Protegidas todas por el sistema subsidiado de salud de categoría indígena (AIC). Según la encuesta de Profamilia para el año 2000, la mortalidad perinatal aumenta rápidamente con la disminución del nivel educativo de las madres, ya que entre las mujeres sin educación, los riesgos de tener un nacido muerto o una muerte neonatal es casi 5 veces mayor a la de las mujeres con educación universitaria.⁴³ Así mismo se encontraron otros factores asociados a muerte Perinatal como edad materna procedencia rural, baja escolaridad, multiparidad y falta de controles Prenatales.⁴⁴ Según se señala en la Política Nacional de Salud 1997-2002 la tasa global de fecundidad en Colombia es de 2.4 hijos, en las mujeres de la investigación se presentó una fecundidad por debajo con un promedio de 3.63 hijos +- 2.4 DS. No presentaron antecedentes de pérdida perinatal, solo el 21% (4) presento un aborto habitual y el 5% (1) una presentación distócica.

Las complicaciones obstetricias más comunes fueron: la Infección urinaria 47% (9) seguida de la rotura de membranas 16% (3), amenaza de parto pretermino 12% (2), ganancia de peso inadecuada 12% (2) y hemorragia vaginal 5% (1). Con relación a las complicaciones perinatales, refieren no haber tenido ninguna o no saber, solo el 21.10 %(4), refieren haber tenido niños con peso menor a 2500 grs. o mayor a 4.000 grs. En el Hospital Camilo Ortega Saavedra de Juigalpa Chontales, se realizó un estudio sobre mortalidad Perinatal y Neonatal en el período de Octubre 91 a Diciembre 92, encontrándose el padecimiento materno durante el embarazo por orden de frecuencia Infección de vías Urinarias, Leucorrea, toxemia, enfermedad cardiovascular, Malaria, Neumonía. Así mismo Encontraron otros factores asociados a muerte Perinatal como edad

⁴³Profamilia. Encuesta de demografía y salud, 2000. Octubre de 2000. Pag. 101

⁴⁴Profamilia. Encuesta de demografía y salud, 2000. Octubre de 2000. Pag. 101

materna procedencia rural, baja escolaridad, multiparidad y falta de controles Prenatales.⁴⁵

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido que el control prenatal es fundamental para identificar, modificar o atenuar el riesgo de mortalidad perinatal que tienen las gestantes⁴⁶. El 84%(16) refiere haber realizado control prenatal, iniciando el 42%(8) en el primer trimestre de embarazo, el 27% (5) en el segundo trimestre, un 15% en el tercer trimestre. Solo el 36.9%(7) realizo mas de 4 controles. *La falta de continuidad en la asistencia a los controles programados lo explican las nasas debido a la falta de calidez en la atención del personal profesional, dificultad en el acceso a los servicios de salud y falta de dinero para movilizarse.* La falta de Control Prenatal (CPN), la captación tardía y el número deficiente de las mismas en el embarazo conlleva la probabilidad de que muchas muertes fetales pudieran ser evitables.⁴⁷

Resulta de vital importancia en cualquier lugar del mundo, que la atención del parto se realice en las mejores condiciones de higiene y sea atendido por personal de salud capacitado incluyendo a las comunidades indígenas. Generalmente estas comunidades tienen como facilitadores del parto a la partera quien lo atiende y al TheWala que le realice la limpieza y la previene contra los malos espíritus. Las deficiencias en la atención del parto en las comunidades indígenas con frecuencia, ponen en riesgo la sobrevivencia de la madre y de su hijo(a), al presentarse mayores complicaciones con la atención del parto y el puerperio en sitios rurales dispersos, en el estudio el 53%¹⁰ fue atendido por los familiares.

⁴⁵Oporta Julio Cesar. Comportamiento de la Mortalidad Perinatal y neonatal durante el periodo, Octubre 1991 - Diciembre 1992 HRCOS Juigalpa - Chontales 1993.

⁴⁶Backe B, Nakling J. Effectiveness on antenatal care: a population based study. Br J Obstet Gynaecol 1.993; 100(8):727:32

⁴⁷ Factores asociados a Mortalidad Perinatal, Enero 1998 – Diciembre 2002

por las mismas parturientas. El 84 %¹⁶ de los partos finalizó por vía vaginal y un 16%³ fue por cesárea; El 73.6 %¹⁴ de las muertes perinatales ocurrió en el periodo intraparto, donde el 47.3% (9) de las muertes ocurrieron en el área rural y el 26.3% (5) en la cabecera municipal.

Según Tinoco, el 9.3% de partos, corresponden a muertes fetales intra-hospitalarias y 90.7% a muertes extra-hospitalarias.⁴⁸

Según el DANE 2006, de los 218 partos atendidos en el área rural disperso de Toribio; el 82%(179 partos) correspondían a una edad gestacional entre 38 a 41 semanas, 11.46% (25 partos) correspondían a una edad entre 22 a 27 semanas y del total de 43 partos atendidos en el centro poblado el 76.74 (33) eran a término y 11.62% (5) tenían menos de 22 semanas de gestación.

Con relación a la edad gestacional, la mortalidad tardía presentó en un 68.1%, un peso adecuado para la edad gestacional y un 5.3% grande y pequeño para la edad gestacional.

Le sigue la mortalidad precoz con un 16% para la relación peso adecuado y un 5.3% para pequeño para la edad gestacional. Estos resultados reflejan que los productos obitados tenían gran posibilidad de ser viables al nacimiento; El hecho de que la mayor parte de los casos fueran consignados como muerte extra hospitalaria y su vez la procedencia predominantemente rural, orienta a pesar en deficiencias graves en la atención primaria, si se considera que 1.5 de cada tres madres se habían realizado control prenatal, por otro lado es

⁴⁸ Tinoco Alba Luz y Dr. Vasquez, Factores de riesgos y hallazgos anatómo-patológicos de MFT HFVP Managua, Mayo - Octubre 1994

necesario referir que la mayoría recibió algún tipo de asistencia intrahospitalaria.⁴⁹

Las cinco categorías de causa básica de muerte perinatal más comunes son en su orden el 58% (11) fue por asfixia, el 21%(4) por síndrome de dificultad respiratoria SDR, el 16%(3) por causa desconocida y el 5%(1) por bajo peso. Según la causa directa de muerte perinatal, el 37%(7) ocurrió por hipoxia, el 32%(6) por causa no especificada, 16% (3) por bajo peso, el 10%(4) por ninguna causa y el 5%(1) por sepsis. En el estudio, aplicación de la metodología Gemas Malitas para asignar las causas básicas de muerte en Cali, las cinco categorías de causas de muerte fueron, malformaciones congénitas, infecciones, problemas de placenta y cordón, bajo peso al nacer, en especial el muy bajo peso al nacer.⁵⁰ Según información de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, las cinco primeras causas de mortalidad perinatal registradas en 1999, fueron: Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, 16,8%. Feto o recién nacido afectado por otras anomalías morfológicas, 14,8%. Feto o recién nacido afectado por compresión del cordón umbilical, 6,6%. Hipoxia intrauterina no especificada.

Las mujeres Nasas conservan sus ritos entorno a los cuidados del embarazo encontrándose que el 58%(11) le gusta tener sus hijos agarrada del chumbe, el 16%(3) arrodillada, el 11%(2) en el suelo, el 15% (3) acostada, en cuanto a los temores que enfrenta un 58 % (11) le teme al Arco, el 16% a los eclipses y otro 16% manifestó no tener ningún temor.

⁴⁹ Factores asociados a Mortalidad Perinatal, Enero 1998 – Diciembre 2002 Dr. José Fco Ochoa B – Dr. Francisco Ruiz Orozco

⁵⁰ Aplicación de la metodología Gemas Malitas para asignar las causas básicas de muerte feto infantil, Cali 1999 Pedro Nel Beitia, Enf., Mag. Epidemiol.1, Humberto Rey, M.D.2, Edgar Iván Ortiz, M.D.3, Jorge Mejía, M.D.4, Carlos A. Quintero, M.D.5, Eduardo Romero, M.D.6 Vol. 32 N° 4, 2001

En el parto el 95% realizaron rituales como el de “abrir camino” que consiste en soltar la jigra (útero) para que él bebe busque la salida hacia el nuevo mundo, un 5% no los realizo, porque el parto ocurrió fuera de la casa; en el puerperio el 74% practicó rituales como limpieza del sucio y un 26% no lo hizo en el momento por no encontrar un TheWala que se lo realizara. Sin embargo practicaron cuidados propios como evitar las corrientes de aire frio, baños con aguas de plantas calientes, consumir alimentos clasificados para la cultura nasa como calientes.

En cuanto al tipo de demora: Reconocimiento del problema. Las mujeres manifestaron conocer en un 31.5% (6) las señales de peligro en el embarazo, el 5.3%(1) tiene conocimiento de señales de peligro en el parto. Expresaron haber recibido la información sobre las señales de peligro y alarma en la consulta médica el 42% (8). Solo una mujer manifiesta conocer sus derechos, y ninguna sabía que eran los deberes de ella como usuaria.

La demora 2: oportunidad de decisión y la acción: La dificultad que se presentó para acudir al sitio de atención fue por decisión de sus familiares en un 42% (8), seguido por barreras culturales(lenguaje y ausencia de prácticas como la siembra del cordón umbilical) con en un 16% (3), dificultades económicas en un 16%(3), culturales y económicas en un el 10.5% (2), y el 16%(3) manifestaron no tener ningún inconveniente.

Referente a las experiencias negativas cuando se solicitó el servicio de salud el 74% dicen no tuvieron experiencia negativas y el 26% manifestó que los principales inconvenientes fueron la no acogida del personal de salud en el momento de brindar la atención en salud.

La demora 3: Acceso a la atención / Logística de referencia: En Toribio la comunidad nasa, vive en la zona rural dispersa, incluso alejada entre una

familia y otra, dificultando su traslado y prontitud para solicitarle ayuda. Aunque las promotoras de salud cuentan con telefonía celular en algunos sitios no hay señal, el traslado de un sitio a otro se dificulta por existir pocas vías de acceso, traduciéndose en demoras para llegar a tiempo al centro de salud, incluso cuando se presenta una complicación. Las principales demoras en el acceso lo reportan la falta de vías de transporte y costos en un 53.60%(10), acceso geográfico en un 26.30%(5), costos de transporte y estadía y falta de calidez en la atención en un 5.30%(1) para cada una. Dos mujeres contestaron a todas las anteriores en un 10.5%(2).

La demora 4: Calidad de la atención. La ESE CXAYU"CE JXUT ubicada en la cabecera municipal cuenta con un centro de salud nivel 1 habilitado con recurso humano en salud capacitado para la atención de partos de bajo riesgo y servicio de ambulancia para el transporte a otros centros de atención de mayor complejidad. Sin embargo el tiempo de traslado cuando surge una complicación entre el domicilio y la cabecera municipal, incrementa el riesgo de morir de los perinatos por cuanto los servicios de transporte en estas zonas son para algunas personas la motocicleta o el caballo, aunado el tiempo de traslado a los centros de mayor complejidad también aumenta el riesgo de morir en un recién nacido cuando su salud se ha complicado.

CONCLUSIONES

Las tasas de mortalidad perinatal en el municipio de Toribio Cauca, para el periodo 2008 mostraron un alto índice frente a las tasas Departamentales y Nacionales.

Las creencias culturales y el sometimiento propio de las mujeres nasas, es un factor que incide en la decisión de ser atendida por personas ajenas a su comunidad

Los factores contribuyentes de la mortalidad perinatal en el municipio de Toribio están dados por el desconocimiento de los factores de riesgo y/o signos de alarma por parte de la gestante y su familia

La muerte perinatal en fetos a término en el periodo intraparto, la captación tardía de las madres gestantes, la baja escolaridad y la falta de adherencia al control prenatal antes, durante y después del parto, fueron factores para no identificar oportunamente el riesgo de morir al nacer.

Las barreras culturales (lenguaje y ausencia de prácticas como la siembra del cordón umbilical), el poder hegemónico de la familia, las dificultades económicas y el acceso geográfico interfirieron en la oportunidad para tomar la decisión de acudir al servicio de salud

Las experiencias negativas en las gestantes y parturientas, provocaron demora(tipo 3), en la atención ofrecida por los agentes de salud, incidiendo en las muertes perinatales.

RECOMENDACIONES

Las políticas estatales deben enfocar sus esfuerzos a realizar reformas socioeconómicas profundas que enfrenten temas como la desigualdad, la exclusión social y política y en especial hacia regiones de más alta vulnerabilidad social, en especial en etnias que aún no han alcanzado un desarrollo humano óptimo.

Visibilizar las responsabilidades sociales e institucionales frente a la reducción de la morbi mortalidad perinatal a través de la implementación de estrategias de comunicación y movilización sociocultural.

Fortalecer la gestión de los actores sociales e institucionales frente a la prevención de la morbimortalidad perinatal.

Desarrollar estrategias tendientes a garantizar integralidad, calidad y la oportunidad en la atención materno perinatal desde la perspectiva intercultural. Posicionar el tema de la mortalidad materna y peri natal en los espacios de reflexión familiar, institucional y comunitaria, para concertar estrategias Interinstitucionales acordes a las características particulares de los pueblos Indígenas, a partir de la visibilización y monitoreo de responsabilidades de los diferentes actores sociales e institucionales en la reducción de la mortalidad materna y perinatal

BIBLIOGRAFIA

Alcaldía municipal de Toribio Plan de Desarrollo municipal 2008 -2011, Toribio 2008 pág 112.

Aplicación de la metodología Gemas Malitas para asignar las causas básicas de muerte feto infantil, Cali 1999 Pedro NelBeitia, Enf., Mag. Epidemiol.1, Humberto Rey, M.D.2, Edgar Iván Ortiz, M.D.3, Jorge Mejía, M.D.4, Carlos A. Quintero, M.D.5, Eduardo Romero, M.D.6 Vol. 32 N° 4, 2001.

BACKE B, NaklingJ.Effectiveness on antenatal care: a population based study.Br J ObstetGynaecol 1.993; 100(8):727:32

BUEKENS P, Hernández P, Infante C. La atención prenatal en América Latina. SaludPública Mex. 1990;32:673-684.

Centro Latinoamericano de Perinatología. Incidencia de bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en América Latina. Salud Perinatal. 1983; 1:3-6.

Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

contactenos@toribio-cauca.gov.co

CUEVAS L. Enfermedades de notificación obligatoria informe 2004, Colombia InfQuincEpidemiolNac 2005;10(8):113-28.

DONOSO E, Donoso A, Villarroel L. Mortalidad perinatal e infantil y el bajo peso al nacer en Chile y Cuba en el período 1991-2001. RevChilObstetGinecol 2004; 69(3): 203-208.

DONOSO E, Oyarzún E, Villarroel L. Mortalidad fetal tardía. Chile 1990-1996. Rev ChilObstetGinecol 1999; 64(1): 21-28.

DONOSO E, Villarroel L. Mortalidad neonatal precoz. Chile 1991-1997. Rev ChilObstetGinecol 1999; 64(4): 286-91.

DONOSO E. Desigualdad en mortalidad infantil entre las comunas de la Provincia de Santiago. RevMédChil 2004; 132: 461-66.

DONOSO E. Desigualdad en mortalidad perinatal entre las comunas de la Provincia de Santiago. RevChilObstetGinecol 2004; 69(2): 112-17.

FABRE E, Gonzales de Aquero R, de Agustin JL .Perinatal mortality in term and post term births.JPerinat Med 1996; 24 (2) : 163-9.

Factores asociados a Mortalidad Perinatal, Enero 1998 – Diciembre 2002

Factores asociados a Mortalidad Perinatal, Enero 1998 – Diciembre 2002 Dr. José Fco Ochoa B – Dr. Francisco Ruiz Orozco.

FERRO, Medina Juan Guillermo: El Movimiento Indígena Nasa (Páez) en Colombia: Alcances y Limitaciones de una propuesta Emancipatoria y Antihegemónica. Bogotá 2005 pág. 2

Fuente: La salud en las Américas, Edición de 1998. Publicación Científica No.569Washington D.C. OPS. 1998 - 2 vol.

GRAHAM H. Social Determinants and their unequal distribution:, Vol 82,
<http://odm.pnud.org.co/odm.html>

INS – Subdirección de Vigilancia y Control Página 1 de 35

INS – Subdirección de Vigilancia y Control Página 3 de 35

LUMBIGANON P, Winiyakul N, ChongsomchaiCh, Chaisiri K. From research to practice: The example of antenatal care in Thailand. Bull WorldHealthOrgan. 2004;82:746-749.

Ministerio de la protección social. Macroproyecto, Protección de la salud publica en el ámbito nacional.2005 – 2007.Bogotá, D.C., noviembre de 2003.

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Ley 19.996: Régimen general de garantías en salud. RevChilObstetGinecol 2005; 70(2): 119-29.

Mortalidad Materna y Perinatal. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica para la Mortalidad Materna y perinatal [Internet]. Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

OPORTA Julio Cesar. Comportamiento de la Mortalidad Perinatal y neonatal durante el periodo, Octubre 1991 - Diciembre 1992HRCOS Juigalpa Chontales 1993.

Organización Mundial de la Salud (OMS) Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

Organización Mundial de la Salud- OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra 2005 pág.

Pro familia. Encuesta de demografía y salud, 2000. Octubre de 2000.

Profamilia. Encuesta de demografía y salud, 2000. Octubre de 2000.

Profamilia: "Encuesta de Demografía y Salud, 1995".

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, septiembre de 1994.

Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna e Infantil 2003).

Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna e Infantil 2003).

Protocolo de Vigilancia de la MORTALIDAD PERINATAL Primer semestre de 2007.

Protocolo de Vigilancia de la MORTALIDAD PERINATAL Primer semestre de 2007.

REVISTA chilena de obstetricia y ginecología. ISSN 0717-26 *versión on-line*. Rev. chil. obstet. ginecol. v.70 n.5 Santiago 2005.

SAFE MOTHERHOOD, World Health Organization, World Bank. Health around the world. Geneva, Switzerland; Motherhood WHO; 1997.

Secretaría de salud de Bogotá. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Mortalidad Perinatal. Bogotá. D.C.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de salud pública.

Sistema de Naciones unidas. Colombia: Descubriendo los Derechos para construir la Nación.

Sistema de Naciones unidas. Colombia: Descubriendo los Derechos para construir la Nación Visión del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Situación del País. y sobre las Posibilidades de Cooperación con su Bienestar. Circulación Interna Restringida. Marzo de 1999.

Sivigila seccion epidemiología dirección departamental de salud. 1998.

TINOCO Alba Luz y Dr. Vasquez, Factores de riesgos y hallazgos anatómopatológicos de MFT HFVP Managua, Mayo - Octubre 1994.

VISION del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Situación del País. y sobre las Posibilidades de Cooperación con su Bienestar. Circulación Interna Restringida. Marzo de 1999.

WAALER H, Sterky G. ¿Cuál es el mejor indicador de la atención de salud? Foromundial de la salud. 1984;5:318-321

WISE PH. The anatomy of a disparity in infant mortality. Ann Rev Public Health. 2003;24:341-362.

WORLD Health Organization. Perinatal mortality: A listing of available information. Family and reproductive health. Geneva, Switzerland: Motherhood WHO; 1996.

WORLD Health Organization. Perinatal mortality: A listing of available information. Family and reproductive health. Geneva, Switzerland: Motherhood WHO; 1996.

ANEXOS A. VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES variable contenidas en la definición conceptual	INDICADORES	Escala de medición de las variables
			Definición operacional	
Mortalidad Perinatal Variable dependiente	Una muerte perinatal tipo 1 es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 28 semanas completas de gestación y los siete días completos después del nacimiento o mayor de 1000 gramos de peso	Causa de Muerte Dictamen de evitabilidad	Causa directa	
			Causa antecedentes	
			Causa básica de muerte	
			Muerte evitable	
			Muerte no evitable	
Indicadores de Salud	Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos	Tasa de mortalidad perinatal	Número de defunciones perinatales/número total de nacimientos x 100	

Factores Sociales		Factores biológicos:	Antecedentes patológicos maternos	Infección de Vías
				Urinarias, Pre-eclampsia,
				ITS, Amenaza de Parto Prematuro
		Son los factores de riesgo pueden ser clasificados en endógenos o biológicos, o propios del individuo	Antecedentes obstétricos	Ordinal
				Numero de embarazo
				Número de partos
				Numero de abortos
				Numero de cesáreas
		Espacio intergénésico	/Intervalo	
			Menos de un año	

				De 1 a 3 años
				De 4 a 6 años
				De 7 a 9 años
			Número de controles prenatales.	Intervalo
				Menos de 4
				Mayor o igual a 4 Ninguno
			Tipo de parto	Nominal
				<input type="checkbox"/> Vaginal
				<input type="checkbox"/> cesárea
			Lugar de atención del parto	Nominal casa Hospital
			Atención del parto	Nominal
				<input type="checkbox"/> Médico occidental
<input type="checkbox"/> Partera				

				<input type="checkbox"/> Sola
				<input type="checkbox"/> Familiar
Factores Sociales			Procedencia	Nominal
				<input type="checkbox"/> Toribio
				<input type="checkbox"/> Tacueyó
		Factores sociales: Condiciones que rigen la conducta humana dependiendo de su educación y reglas en su entorno las cuales le permiten al hombre interactuar con sus Semejantes.	Edad	<input type="checkbox"/> San francisco
				Intervalo
				<input type="checkbox"/> Menores de 18 años
				<input type="checkbox"/> 18 a 34 años
			<input type="checkbox"/> Mayores de 35 años	
			Estado civil	Nominal
				<input type="checkbox"/> Soltera
<input type="checkbox"/> Casada				

				<input type="checkbox"/> Unión libre
			Nivel de escolaridad	Ordinal
				<input type="checkbox"/> Analfabeta
				<input type="checkbox"/> Primaria
				<input type="checkbox"/> Bachillerato
				<input type="checkbox"/> Técnico superior
			Ocupación	Nominal
				<input type="checkbox"/> Estudiante
				<input type="checkbox"/> Trabajador dependiente
				<input type="checkbox"/> Trabajador independiente
		Tipo de trabajo Tipo de vinculación al		Nominal
				<input type="checkbox"/> Ama de casa
				<input type="checkbox"/> Agricultura

				Nominal
			SGSS	<input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo
			Tamaño y composición de la familia	<input type="checkbox"/> Nuclear <input type="checkbox"/> Nuclear extensa
Factores Sociales		Factores económicos: Son todos los recursos que le permiten a las personas satisfacer las necesidades básicas	Condición económica	Ordinal
				<input type="checkbox"/> Buena
				<input type="checkbox"/> Regular
			<input type="checkbox"/> Mala	
			Vivienda	Composición material de la vivienda
Factores		Factores culturales	Creencias o tabúes	Nominal

Sociales		Percepción y conocimientos que le permiten al Individuo explicarse sus conductas.		Si o No
			Costumbres entorno al cuidado de la madre y perinato	¿Cuáles?
Factores Sociales		Factores ambientales	Servicios Públicos: <input type="checkbox"/> Acueducto <input type="checkbox"/> Luz eléctrica <input type="checkbox"/> Alcantarillado	Nominal Si o No
Factores contribuyentes a la muerte perinatal	Los factores que influyen en la muerte perinatal son aquellos que afectan la salud de la madre y de la población en general.		Retraso I. No hay reconocimiento de los signos de peligro por parte de la gestante o no se toma la decisión de buscar ayuda a pesar de identificar el riesgo	Nominal: Conoce los signos de peligro en el embarazo, parto y puerperio. Si o No
			Retraso II. Se presentan dificultades	Nominal: Tipo de

			para acudir al sitio de atención.	inconvenientes que se le presentaron antes de tomar la decisión de solicitar ayuda medica
--	--	--	-----------------------------------	---



ANEXO B
FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD PERINATAL EN LA
COMUNIDAD NASA DEL MUNICIPIO DE TORIBIO CAUCA 2008 Y
PRIMER SEMESTRE 2009.

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO

OBJETIVO: Determinar los factores que contribuyen a la mortalidad perinatal de la comunidad Nasa del municipio de Toribio, durante el 2008 y primer semestre del 2009.

Código de defunción: _____

FACTORES BIOLÓGICOS

1. 1 Características Maternas:

1. 1. 1 Ficha Obstétrica:

G: __ 2: P: ____ 3: A: ____ 4: C: ____ 5: NV____ 6: NM: ____

1. 1. 2 Número de compañeros sexuales:

1. Uno 2. 2. Dos 3. Mas de tres

1. 1. 3 Edad gestacional: _____

1. 1. 4 Intervalo intergenésico:

1. Menor de dos años 2. Mayor de dos años
3. Igual a cinco años 4. Ninguno

1.1. 5 Historia reproductiva anterior:

1. Nuliparidad 2. Secundípara Multiparidad (más de dos partos)

1. 1. 6 Complicaciones obstétricas previas:

1. Aborto habitual 2. Aborto inducido 3. Eclampsia Pre-eclampsia.
 Trombosis–embolia 5. Parto prematuro
 6. Retardo del crecimiento intrauterino 7. Embarazo múltiple
 8. Diabetes gestacional 9. Desprendimiento placentario
 10. Placenta previa 11. Presentación podálica o transversa
 12. Obstrucción del trabajo de parto
 13. Desgarros perineales de tercer/cuarto grado 14. Parto instrumentado
 15. Hemorragia postparto 16. Sepsis puerperal
 17. Embarazo ectópico 18. Ninguno
 1. 1. 7 Complicaciones perinatales:
 1. Muerte fetal neonatal o infantil
 2. Recién nacido con peso al nacer menor de 2.500g o mayor de 4.000g
 3. Retardo de crecimiento intrauterino 4. Eritroblastosis fetal
 5. Niño malformado o cromosómicamente anormal
 6. Reanimación u otro tratamiento neonatal 7. desconocido
 1. 1. 8 Antecedentes de infertilidad:
 1. SI_____ NO_____
 1. 1. 9 Cirugía ginecológica previa:
 1. SI_____ NO_____
 1. 1. 10 Desviaciones obstétricas en el embarazo actual
 1. Desviaciones en el crecimiento fetal 2. Número de fetos
 3. Volumen del líquido amniótico 4. Ganancia de peso inadecuada
 5. Hemorragia vaginal

6. Amenaza de parto de pre término o gestación prolongada
7. Ruptura prematura de membranas 8. Infección urinaria recurrente
9. Complicaciones obstétricas y perinatales descritas en la historia reproductiva anterior.
10. otra cual _____

1.1. 11 Patologías preexistentes durante la gestación:

1. Endocrinopatías: 1. Diabetes mellitus 2. Hipotiroidismo
2. Enfermedades infecciosas: 1. Tuberculosis 2. Malaria
3. Ginecopatías (anomalías uterinas)
4. Anemia severa (hemoglobina < 9 g/dl)
5. N neuropatías 6. Hipertensión arterial crónica 7. Cardiopatías
8. Trastornos psiquiátricos 9. Nefropatías 10. Hemopatías
11. Enfermedades auto inmunes 12. Epilepsia 13. ITS 14. ninguna

1.1. 12 Estado nutricional de la Gestante:

Malnutrición (Índice de Masa Corporal >30 ó < 18)

1. 1. 13 Consume sustancias psicoactivas

1. cigarrillo 2. Alcohol 3. Alucinógeno 4. No consume

1.1.14 Antecedentes Prenatales:

Realizo CPN Si No

1.1.14.1 Número de controles Prenatales:

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

1.1.14.2 Inicio del control prenatal: _____ sem

1. Primer trimestre 2. Segundo trimestre 3. Tercer trimestre

1.1.14.3. Nivel de atención:

1: Nivel I 2: Nivel II 3: Nivel III

1.1.14.4 Controles Prenatales realizados por medicina Facultativa:

1. Medico general 2. Médico Obstetra 3. Enfermería
4. Auxiliar de enfermería 5. Promotor de salud

1.1.15 Proceso Del parto

1.1.15.1 Tipo de Parto

1. Vaginal 2. Cesárea 3. Instrumentado

1.1.15. 2 Parto atendido por:

1. Medico 2. Enfermera 3. Auxiliar de Enfermería
4. Promotor 5. Partera (o) 6. Medico tradicional.
7. Familiar 8. Sola

1.1.15. 3 Lugar Del parto:

1. Casa 2. Hospital 3. Ambulância 4. Camino

1.1.15.4 Complicaciones durante el parto: _____

1.1.16 Características Del Perinato

1.16.1 Sexo:

1. Masculino 2. Femenino

1.16. 2 Peso al nacer: _____ grs

1.16. 3 Talla: _____ cms

1.16. 4 Relación peso edad gestacional:

1. Pequeño para la edad gestacional 2. Adecuado para la edad gestacional
3. Grande para la edad gestacional

1.16.5 Recién nacido vivo Muerto

1.16. 5 El APGAR fue:

1. Menor de 5 2. Entre 5 y 7 3. Mayor de

1.16. 6 El recién nacido fue reanimado:

1. SI 2:

1.16. 7 Quien lo reanimo:

1: Médico 2: Enfermera

3: Auxiliar de enfermería 4: Promotor

1.16. 8 Nivel de atención inicial del recién nacido:

1. I Nivel 2. II Nivel 3. III Nivel 4. Ninguno

1.16. 9 Fue remitido:

1. SI 2. NO

1. 1. 17 Características de la defunción:

1. 17. 1 Lugar donde ocurrió la defunción:

1: Cabecera municipal. 2. Centro poblado. 3. Rural disperso.

1. 17. 2 Sitio donde ocurrió la muerte perinatal:

1. Hospital. 2: Puesto de salud

3. Vía publica. 4. Domicilio.

1. 17. 3 Momento en que ocurre la muerte perinatal

1. Ante parto 2. Intraparto 3. Pre alta 4. Post alta:

1. 17. 4 Causa de muerte determinada por:

1. Historia clínica 2. Autopsia verbal 3. Necropsia

1. 17. 5 Causa básica de muerte:

1. Bajo peso al nacer 2: Infección 3: Asfixia
 4: Malformaciones congénitas 5: Trauma
 6. Síndrome de dificultad respiratoria 7. Problemas de placenta y cordón
 8. Patología materna asociada

1. 17. 6 Causas directas de muerte:

1. Hipoxia. 2: Síndrome de membrana hialina 3: Sepsis
 4. Hemorragia intracraneal 5. Malformaciones 6. Bajo peso.
 7. Hipertensión pulmonar.

1. 17. 7 La muerte del perinato se clasifico como:

1. Mortalidad tipo I 2: Mortalidad tipo II 3: Mortalidad tipo III.

1. 17. 8 Hora en que ocurrió la defunción

- 1: Mañana 2: Tarde 3: Noche

17. 9 Profesión de quien certifico la defunción:

- 1: Medico. 2: Enfermera. 3: Auxiliar de enfermería.
 4: Promotora. 5: Líder comunal. 6: Partera 7: TheWala

II. FACTORES SOCIALES:

2.1. Procedencia

Municipio : TORIBIO Resguardo _____

2.2. Edad materna: _____

2.3. Pertenencia étnica: _____

2.3. Estado civil:

1. Casada 2 Unión libre 3 Soltera 4 Separada

5 Viuda 6 Unión estable 7 Unión inestable

2.4. Nivel de escolaridad:

1 Primaria incompleta 2 Primaria completa
3 Secundaria incompleta 4 Secundaria completa
5 Técnico 6 Universitario
7 Ninguno

2.5. Religión:

1 Católica 2 Evangélica

2.6. Ocupación:

1 Ama de casa 2 Estudiante 3 Agricultura 4. Empleado

2.7. Exposición laboral a riesgos

1. Físico 2. Biológico 3. Químico 4. Ninguno

2.8. Tipo de trabajo: _____

2.9. Horas: _____

2.10. Tamaño y composición de la familia

1 Nuclear 2 Extensa

2.11. Objeto de violencia domestica?

1. SI ___ NO ___

2.11. Tipo de vinculación al SGSS.

1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Vinculado 4. Ninguno

2.12. Vivienda:

1. Propia 2. Arrendo 3. Familiar

2.13 Cuentan con servicios públicos:

1. Acueducto: 1.Si 2. No
2. Alcantarillado: 1. Si 2. No
3. Luz Eléctrica: 1. Si 2. No.
4. Redes de teléfono: 1. Si 2. No
- 5: Acceso a Internet: 1.Si 2. No

2.14 Servicios de transporte:

1. Vehicular 2. Moto 3. Caballos 4. Carretilla
5. Bicicleta 5. No tiene

III FACTORES CULTURALES

3.1. Prácticas culturales entorno al cuidado de la madre:

3.1.1. Cuándo se enteraron que estaba en embarazo, desearon tener el bebe?

- SI 2 NO 3. No sabe

3.1.2. En que posición le gusta tener a su hijo:

1. Agarrada del chumbe 2.Arrodillada 3.Acostada
4. Parada 5.En una camilla 6.En la cama 7. En el suelo

3.1.3. Que actividades realiza usted, cuando está embarazada:

1. Oficios domésticos 2. Agricultura 3. No hace nada

3.1.4 A que le teme cuando esta embarazada:

1. A los eclipses 2. Al arco 3. A cargar pesado
4. A meter leña al fogón 5. A pasar quebradas y lagunas

3.1.5 Le realizaron rituales durante:

Embarazo 1.Si 2. No

Parto 1.Si 2. No

Puerperio: 1.Si 2. No

IV FACTORES CONTRIBUYENTES A LA MUERTE PERINATAL

4. 1 DEMORA 1. Reconocimiento del problema.

4.1. 1 Usted conoce las señales de peligro durante:

1. El embarazo? 1. Si 2. No

Cuáles: _____

2. El parto:? 1. Si 2. No

Cuales: _____

3. El puerperio? 1. Si 2. No

Cuáles: _____

4.1.2. Conoce los derechos sexuales y reproductivos:

1. Si 2. No

Cuáles: _____

4.1.3. ¿En qué momento le brindaron la información sobre los factores de riesgo y los signos de alarma?

1 Consulta 2 .Sala de espera 3 Taller y/o curso 4. Casa

5. No recibió información

4. 2 DEMORA 2. Oportunidad de decisión y la acción:

4.2.1. Que tipo de inconvenientes se le presentaron antes de tomar la decisión de solicitar atención médica:

1 Familiares 2. Culturales 3. Económicos ninguno

2. Ha tenido experiencias negativas cuando ha solicitado servicio de salud:

1. Si 2. No Cuales_____

4.3 DEMORA 3. Acceso a la atención / Logística de referencia:

1 Falta de aseguramiento Acceso geográfico

3 Hijos que necesitan cuidado 4 Cobro por los servicios

5 Dificultades en el lenguaje 6 Costos de transporte y/o estadía

7 Largas horas de espera Cupos limitados para la atención

9 No calidez en la atención 10Horarios de atención poco adecuados

4.3.2: La remisión se realizó de manera oportuna:

1. SI 2. NO

ANEXO C.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

Factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad NASA del municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Amparo Valencia Lemus, Gloria Amparo Yonda López, Mónica Carabalí, de la Universidad del Cauca.

El propósito de la investigación es Analizar los factores que contribuyen a la mortalidad perinatal en la comunidad NASA del municipio de Toribio Cauca 2008 y primer semestre 2009.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se registrara en el cuestionario estructurado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si

ANEXO D



UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Señores

ESE CHAYU´CE JXUT

Toribio Cauca

Asunto: autorización para acceder a la historia clínica

Yo, Mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. de autorizo a Gloria Yonda López identificada con la CC número 63.518.148 expedida en Bucaramanga Estudiante de VIII semestre de enfermería de la universidad del cauca para que tenga acceso a revisar mi Historia clínica para verificar información con respecto a las consultas médicas y controles prenatales concernientes a la Muerte Perinatal.

Para constancia se firma a los----- días del mes de----- del año 2009

Atentamente,

Nombre y Firma

CC:

ANEXO E
PROPUESTA PROGRAMA MUJER DADORA DE VIDA MUNICIPIO DE
TORIBIO.



“DE LA MANO CON LAS EMBARAZADAS NASAS DE TORIBIO”

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD.
PROGRAMA DE ENFERMERIA.
DECIMO SEMESTRE.
POPAYÁN
2010

INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal es un grave problema de salud en el municipio de Toribio Cauca donde la mayoría de las gestantes que tuvieron muerte perinatal viven en el área rural. Factores como la falta de tierra, el conflicto armado, desplazamiento forzado, falta de respeto a sus decisiones y participación cultural en salud, los han mantenido marginados y han vulnerado su dignidad constituyéndose en un condicionante de muerte perinatal. Otro factor que ha contribuido a incrementar las muertes perinatales es la baja escolaridad, acceso geográfico, la cultura y en general los temores de las mujeres nasas. Teniendo en cuenta esta problemática se realizan reuniones de socialización con las autoridades tradicionales, cabildo de la salud, IPSI ACIN y Secretaria de salud municipal para plantear un plan de mejoramiento en este municipio.

PROPOSITO

Facilitar procesos de empoderamiento que permitan promover políticas y estrategias de mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad NASA de Toribio Cauca.

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	INTERVENCIONES
Evaluar los compromisos a través de la implementación de estrategias de comunicación y movilización sociocultural frente a la mortalidad perinatal.	Comunicación y movilización sociocultural para la Información y manejo oportuno.	Realización de programas radiales a través de las emisoras comunitarias.
Fortalecer la gestión de los actores sociales e institucionales	Fortalecimiento de la Gestión Comunitaria	

<p>frente a la prevención de la morbimortalidad perinatal.</p> <p>Desarrollar estrategias para la identificación temprana del riesgo materno perinatal desde la perspectiva intercultural con calidad y oportunidad a la mujer indígena embarazada.</p> <p>Posicionar el tema de la mortalidad perinatal en los espacios de reflexión familiar, institucional y comunitaria; para concertar estrategias Inter. Institucionales acordes a las características de la comunidad nasa, a partir de la visibilización y monitoreo de las responsabilidades que tienen los diferentes actores sociales e institucionales en la reducción de la mortalidad perinatal.</p>	<p>e Institucional (IPS Indígena, Cabildos de la salud, Secretaria de Salud y Autoridades tradicionales) para la prevención y manejo de las muertes perinatales.</p> <p>Implementación de salud intercultural para la gestante de la comunidad nasa a través de la participación activa de los colectivos sociales de la comunidad.</p> <p>Generar espacios de análisis y reflexión sobre mortalidad perinatal.</p>	<p>Aplicación de la Resolución que menciona los deberes y derechos que tienen las embarazadas indígenas de Toribio.</p>
--	---	---